



MADRID, 2014

# **Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental**

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

*Facultad de Psicología.  
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud*

Tutor académico: Dr. Ignacio Montorio

**Mónica Díaz de Neira Hernando**

Directores:

---

**Dr. Juan José Carballo Belloso**

**Dr. Enrique Baca García**







## Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría comenzar dando las gracias a los directores de esta tesis. Al Dr. Enrique Baca por haberme dado la oportunidad de trabajar en su equipo y por transmitirme su entusiasmo por la investigación. Al Dr. Juan José Carballo por generosidad a la hora de compartir conocimientos, su excepcional disponibilidad y su infinita paciencia. A ambos agradezco su énfasis en la importancia de integrar la investigación en el desempeño de nuestra labor clínica como una forma de ofrecer mejor atención a nuestros pacientes. Agradezco al Dr. Ignacio Montorio su acompañamiento y apoyo durante el proceso de realización de la tesis.

En segundo lugar, agradezco a todos los que se han cruzado en mi andadura profesional, desde que terminé la carrera hasta hoy. A mis compañeros de residencia y adjuntos del Centro de Salud Mental, del Hospital de Día de Chamartín y del Hospital Universitario de la Princesa, por acogerme en mis inicios como psicóloga y enseñarme lo que no estaba escrito en los libros. A Montse, a Karen, a María y a M<sup>a</sup> Jesús porque fueron una balsa segura en mitad del océano de la residencia. A mis compañeros de Patología Dual, especialmente a mis amigos, a Pedro, a Raquel y a Ana R., por haber confiado en mí al inicio de mi carrera como psicóloga clínica y por haber compartido momentos geniales. A mis compañeros del Centro de Salud Mental de Quintana, que hacen más fácil el trabajo de cada día, y especialmente a la Rebeca por su disposición a ayudarme siempre que se lo he pedido; y a Lucía y Paloma por su participación en la recogida de datos. A los residentes, especialmente a las PIR de la Fundación Jiménez Díaz, porque sus ganas de aprender y su compromiso me exigen seguir estudiando e intentando mejorar mi práctica clínica. A mis profesores del máster en Terapia de Aceptación y Compromiso, y especialmente a mis compañeros y amigos: a Azucena, a Roel, a Diego y a Javi, porque son las personas con quienes comparto la forma de entender e intervenir en el sufrimiento humano.

Sin duda no habría escrito esta tesis si no tuviese la familia que tengo. A mis padres les agradezco su apoyo incondicional en cada una de las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, su amor infinito y el haberme inculcado unos valores que me iluminan incluso en momentos de oscuridad. A mi hermano, porque le adoro y sé que me adora, porque sus éxitos son los míos y los míos suyos. A Isa, por su alegría y su cariño, por hacernos la vida muy fácil. A mi madrina porque me quiere como a una hija, y como una madre se ha interesado en esta tesis. Al resto de la familia, a mis tíos, a mis primos, a mi abuela, porque siempre me alientan y se muestran orgullosos de mis avances.

Quiero dar las gracias a mis amigos, porque sin ellos no sería quien soy, porque son las personas con quienes he elegido compartir mi vida y siempre están cerca tanto en los mejores momentos como en los más duros. A Belén, a Alicia, a Victoria, a Nuria, a Alfonso, a Íñigo, a Carlos. Y especialmente a mi amiga Beatriz, no sólo por ser la mejor amiga que se puede tener desde los 6 años, sino por haber compartido, también esta vez, la experiencia de realizar una tesis a la vez y haberme ayudado con los misterios de la metodología de investigación.

Mi más sincero agradecimiento a Álvaro, quien ha vivido más de cerca las luces y sombras del proceso de escritura de esta tesis. Por su amor, por su confianza plena, por sus ánimos, por sus cuidados y por su disponibilidad en todos y cada uno de los momentos de nuestra vida juntos.

Quisiera finalizar dando las gracias a mis pacientes, por compartir su sufrimiento y confiar en mí, porque sin su colaboración nada de esto tendría sentido, porque me enseñan a ayudar y porque me ayudan a valorar los pequeños grandes momentos de la vida.

# Índice

<b>1. RESUMEN</b>	9
<b>1.1. INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>1.2. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	9
<b>1.3. RESULTADOS</b>	9
<b>1.4. CONCLUSIONES</b>	10
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	11
<b>2.1. PRELIMINARES</b>	11
<b>2.2. CONCEPTUALIZACIÓN</b>	13
<b>2.3. MODELOS EXPLICATIVOS</b>	18
<b>2.3.1. Modelos generales de suicidio</b>	18
2.3.1.1. MODELO DIATESIS-ESTRÉS DE MANN	18
2.3.1.2. MODELO DE TRAYECTORIAS DE DESARROLLO DEL SUICIDIO	18
2.3.1.3. MODELO BASADO EN EL ESTADO DE LA MENTE	19
2.3.1.4. MODELO CÚBICO DEL SUICIDIO	19
2.3.1.5. MODELO DE SOBREPOSICIÓN	19
2.3.1.6. MODELO DE DESESPERANZA	20
2.3.1.7. MODELO DE VULNERABILIDAD AL SUICIDIO	20
2.3.1.8. MODELO DE TRIANGULAR DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	20
2.3.1.9. MODELO ESCAPISTA	21
2.3.1.10. TEORÍA PSICOLÓGICA-INTERPERSONAL	21
2.3.1.11. MODELO ARQUITECTÓNICO	21
2.3.1.12. MODELO TRANSACCIONAL DEL DESARROLLO	22
<b>2.3.2. Modelos de conductas autoagresivas</b>	22
2.3.2.1. MODELO DE CUATRO FACTORES	22
2.3.2.2. MODELO BASADO EN LA TEORÍA BIOPSIOSOCIAL	22
<b>2.4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>	23
<b>2.4.1. Prevalencia de conductas autoagresivas en adolescentes</b>	23
2.4.1.1. PREVALENCIA DE LOS SUICIDIOS	23
2.4.1.2. PREVALENCIA DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO	25
2.4.1.3. PREVALENCIA DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS	26

2.4.1.4.	PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA.....	27
2.4.1.5.	RESUMEN DE PREVALENCIA DE CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS .....	29
<b>2.4.2.</b>	<b>Etiología de las conductas autoagresivas en adolescentes.....</b>	<b>30</b>
2.4.2.1.	SUICIDIO .....	30
2.4.2.1.1.	Factores de riesgo .....	30
2.4.2.1.2.	Factores de protección.....	33
2.4.2.1.3.	Resumen factores asociados al suicidio .....	33
2.4.2.2.	INTENTOS DE SUICIDIO .....	34
2.4.2.2.1.	Factores de riesgo .....	34
2.4.2.2.2.	Factores de protección.....	38
2.4.2.2.3.	Resumen factores asociados a intentos de suicidio .....	39
2.4.2.3.	CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS.....	41
2.4.2.3.1.	Factores de riesgo .....	41
2.4.2.3.2.	Factores de protección.....	43
2.4.2.3.3.	Resumen factores asociados a autolesiones no suicidas.....	44
2.4.2.4.	IDEACIÓN SUICIDA .....	45
2.4.2.4.1.	Factores de riesgo .....	45
2.4.2.4.2.	Factores de protección.....	46
2.4.2.4.3.	Resumen factores asociados a ideación suicida .....	47
<b>2.4.3.</b>	<b>Relación entre conductas autolesivas suicidas y no suicidas.....</b>	<b>48</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>51</b>
<b>4.</b>	<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>53</b>
4.1.	Hipótesis principales.....	53
4.2.	Hipótesis secundarias .....	53
<b>5.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO.....</b>	<b>55</b>
5.1.	FUNDAMENTOS ÉTICOS.....	55
5.1.1.	Implicaciones éticas.....	55
5.1.2.	Consentimiento informado .....	55
5.1.3.	Confidencialidad .....	55
5.2.	DISEÑO .....	55
5.3.	POBLACIÓN .....	56
5.4.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	56
5.5.	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	57
5.5.1.	Cumplimentados por los adolescentes.....	57



5.5.2.	Cumplimentados por los padres .....	61
5.5.3.	Cumplimentados por el clínico .....	61
6.	RESULTADOS .....	63
6.1.	ANÁLISIS DESCRIPTIVOS .....	63
6.1.1.	Sociodemográficos .....	63
6.1.1.1.	EDAD Y SEXO .....	63
6.1.1.2.	PAÍS DE ORIGEN .....	63
6.1.1.3.	ADOPCIÓN.....	63
6.1.1.4.	CONVIVENCIA.....	63
6.1.1.5.	ESCOLARIZACIÓN .....	63
6.1.1.6.	NIVEL EDUCATIVO DE LA FAMILIA .....	64
6.1.1.7.	NIVEL ECONÓMICO DE LA FAMILIA .....	64
6.1.2.	Conductas autoagresivas .....	64
6.1.2.1.	PREVALENCIA VIDA .....	64
6.1.2.2.	CARACTERÍSTICAS .....	68
6.1.3.	Acontecimientos vitales estresantes .....	71
6.1.4.	Variables clínicas .....	76
6.1.4.1.	MOTIVO DE CONSULTA.....	76
6.1.4.2.	DIAGNÓSTICO CLÍNICO .....	76
6.1.4.3.	SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA.....	77
6.1.4.4.	NIVEL DE FUNCIONAMIENTO.....	78
6.1.4.5.	TRATAMIENTO .....	78
6.1.5.	Dimensiones psicológicas.....	78
6.1.5.1.	APGAR FAMILY .....	78
6.1.5.2.	STAXI-NA .....	78
6.1.5.3.	CDI .....	81
6.1.5.4.	SDQ.....	81
6.1.6.	Antecedentes.....	83
6.1.6.1.	PERSONALES.....	83
6.1.6.2.	FAMILIARES .....	83
6.2.	FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO .....	84
6.2.1.	Análisis univariados.....	84
6.2.1.1.	SOCIODEMOGRÁFICOS .....	84

6.2.1.2.	ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES.....	84
6.2.1.3.	VARIABLES CLÍNICAS .....	86
6.2.1.4.	DIMENSIONES PSICOLÓGICAS.....	86
6.2.1.5.	ANTECEDENTES .....	89
<b>6.3.</b>	<b>FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LAS AUTOLESIONES .....</b>	<b>92</b>
6.3.1.	<b>Análisis univariados.....</b>	<b>92</b>
6.3.1.1.	SOCIODEMOGRÁFICOS .....	92
6.3.1.2.	ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES.....	92
6.3.1.3.	VARIABLES CLÍNICAS .....	93
6.3.1.4.	DIMENSIONES PSICOLÓGICAS.....	93
6.3.1.5.	ANTECEDENTES .....	96
6.3.2.	<b>Resumen factores asociados a autoagresiones sin intención suicida .....</b>	<b>97</b>
<b>7.</b>	<b>DICUSIÓN .....</b>	<b>101</b>
7.1.	<b>CONSIDERACIONES GENERALES.....</b>	<b>101</b>
7.2.	<b>HALLAZGOS PRINCIPALES.....</b>	<b>101</b>
7.2.1.	<b>Hipótesis I .....</b>	<b>101</b>
7.2.2.	<b>Hipótesis II .....</b>	<b>102</b>
7.2.3.	<b>Hipótesis III .....</b>	<b>104</b>
7.2.4.	<b>Hipótesis IV.....</b>	<b>105</b>
7.2.5.	<b>Hipótesis V .....</b>	<b>106</b>
7.2.6.	<b>Hipótesis VI.....</b>	<b>107</b>
7.2.7.	<b>Hipótesis VII.....</b>	<b>108</b>
7.2.8.	<b>Hipótesis VIII.....</b>	<b>108</b>
7.2.9.	<b>Hipótesis IX.....</b>	<b>109</b>
7.2.10.	<b>Hipótesis X.....</b>	<b>110</b>
7.3.	<b>IMPLICACIONES CLÍNICAS.....</b>	<b>111</b>
7.3.1.	<b>Características de la ideación y conductas autoagresivas y suicidas.....</b>	<b>111</b>
7.3.2.	<b>Detección .....</b>	<b>114</b>
7.3.3.	<b>Tratamiento .....</b>	<b>115</b>
7.4.	<b>PUNTOS FUERTES.....</b>	<b>117</b>
7.5.	<b>LIMITACIONES.....</b>	<b>118</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>121</b>
<b>9.</b>	<b>FIGURAS .....</b>	<b>123</b>
<b>10.</b>	<b>TABLAS .....</b>	<b>125</b>

<b>11.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>129</b>
<b>12.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>148</b>
<b>12.1.</b>	<b>ESCALA DE PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS SUICIDAS .....</b>	<b>148</b>
<b>12.2.</b>	<b>PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS .....</b>	<b>170</b>
<b>12.3.</b>	<b>PUBLICACIONES Y TRABAJOS .....</b>	<b>180</b>



## 1. RESUMEN

### 1.1. INTRODUCCIÓN

Las conductas autoagresivas y suicidas de los adolescentes suponen un importante problema de salud pública. Pese a que el suicidio es relativamente infrecuente entre los adolescentes, la ideación y conductas autoagresivas muestran prevalencias elevadas. Sin embargo, la escasez de estudios en nuestro país, tanto con población escolar como clínica, en la etapa de la adolescencia supone un desconocimiento en nuestro medio de la prevalencia, las funciones y los factores de riesgo y protección asociados a los intentos de suicidio, las autolesiones y la ideación suicida.

El presente estudio tiene dos objetivos fundamentales. En primer lugar, establecer la prevalencia de los intentos de suicidio, las autolesiones no suicidas y la ideación suicida. Y en segundo lugar, clarificar la relación entre los eventos vitales estresantes, la psicopatología, y las conductas autoagresivas; atendiendo en particular a los intentos de suicidio, a las autolesiones no suicidas y a la ideación suicida, en una muestra de adolescentes atendidos en salud mental.

### 1.2. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de carácter transversal, en él participaron 267 adolescentes de entre 11 y 18 años, reclutados de las consultas ambulatorias del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz del 1 de noviembre de 2011 al 31 de octubre de 2012.

Se administró a los adolescentes la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas que evalúa la presencia, frecuencia y características de la ideación suicida, la planificación suicida, los gestos de suicidio, los intentos de suicidio y las autolesiones sin intención suicida; la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes; el

Cuestionario Apgar-familiar, el Inventario de Expresión de Ira, Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes; El Inventario de Depresión Infantil; y el Cuestionario de Capacidades y Dificultades. El clínico completó información acerca del diagnóstico, el tratamiento y el tipo de terapia, y cumplimentó la Escala de Impresión Clínica Global, subescala de Gravedad de la enfermedad y la Escala de Funcionamiento Global. Además los padres o tutores legales de los adolescentes completaron un protocolo de evaluación de datos sociodemográficos, antecedentes médicos y psiquiátricos e historia de escolarización; así como el cuestionario de Capacidades y Dificultades, versión para padres.

Para lograr el primer objetivo se realizaron análisis descriptivos sistemáticos para cada una de las variables estudiadas, analizando las diferencias entre varones y mujeres. Para conseguir el segundo objetivo, se emplearon análisis de regresión logística univariados para comprobar el impacto de cada una de las variables en las conductas autoagresivas y posteriormente análisis de regresión logística multivariados para establecer la naturaleza y la magnitud de la asociación entre las diferentes variables y las conductas autoagresivas, determinando así factores de riesgo y/o protección.

### 1.3. RESULTADOS

Con respecto al primer objetivo: un 20,6% de los adolescentes afirmaron haber tenido ideación suicida; un 2,2% planes suicidas; un 9,4% gestos suicidas; un 4,5% intentos de suicidio y un 21,7% autolesiones al menos una vez a lo largo de su vida. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en los intentos de suicidio y la ideación suicida, siendo más frecuentes entre las mujeres. El 47,6% de los adolescentes refirieron haber tenido a lo largo de su vida al menos una de las conductas estudiadas y el 47,2% de ellos señalaron 2 ó más de estas conductas. En relación a la función atribuida a las conductas examinadas, la

mayor parte se realizaron con la intención de regular emociones (reforzamiento negativo automático), a excepción de los gestos suicidas (que mostró una función relacionada con el contexto social).

Con respecto al segundo objetivo: la sintomatología emocional y el haber sufrido en los últimos 3 años más de 8 acontecimientos vitales estresantes fueron factores de riesgo independientes asociados a la ideación y conductas suicidas. La elevada internalización de la ira, el haber pasado por tratamientos médicos previos, la sintomatología emocional y un bajo funcionamiento global fueron factores de riesgo independientes asociados a los pensamientos y conductas autoagresivas sin intención suicida. La percepción de un funcionamiento familiar normal por parte de los adolescentes fue un factor de protección muy significativo tanto para las autoagresiones con intención suicida como sin ella.

Futuras investigaciones deben determinar la prevalencia de los pensamientos y las conductas autoagresivas en adolescentes en otros contextos, tanto clínicos como escolares; y explorar los factores de riesgo (sociodemográficos, psicológicos, clínicos, biológicos y/o genéticos) que permitan predecir la aparición o la recurrencia de nuevas conductas autoagresivas, mediante diseños longitudinales.

#### **1.4. CONCLUSIONES**

Se observan elevadas cifras de prevalencia de intentos de suicidio, autolesiones e ideación suicida entre los adolescentes atendidos en salud mental. Por ello y unido al conocido riesgo de transición de unas conductas autoagresivas a otras, se recomienda la evaluación sistemática y rutinaria de dichas conductas en los adolescentes atendidos en dichos recursos.

Los acontecimientos vitales estresantes y la sintomatología emocional están asociados a diversas autoagresiones. A la hora de evaluar la presencia o ausencia de conductas autoagresivas, estos factores podrán ser un indicador de riesgo.

La función más frecuentemente señalada por los adolescentes de las conductas autoagresivas fue la evitación de eventos privados aversivos, con excepción de los gestos suicidas cuya función más habitual fue el reforzamiento positivo social. Por lo que debería ser tenido en cuenta a la hora de diseñar los protocolos de intervención.

## **2. INTRODUCCIÓN**

### **2.1. PRELIMINARES**

El comportamiento suicida es un importante problema de salud pública dada su elevada prevalencia y el riesgo vital que conlleva (Posner, Melvin, Stanley, Oquendo, & Gould, 2007). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que cada año casi un millón de personas mueren por suicidio, habiendo una tasa global de suicidio de 16 por 100.000 habitantes, esto supone una muerte cada 40 segundos (OMS, 2012).

El suicidio en España se ha convertido en la segunda causa externa de muerte entre los adolescentes y los jóvenes adultos, por detrás de los accidentes de tráfico (INE, 2012). En Estados Unidos es la tercera causa de muerte en personas entre los 15 y 24 años (Pfeffer, 2007). En algunos otros países es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 10 a 24 años (OMS, 2012).

Las cifras de suicidio suponen un grave problema de salud pública en los adolescentes. Y sin embargo, no es el único aspecto preocupante, otros fenómenos como los intentos de suicidio, la ideación suicida y las conductas autolesivas sin intención suicida son frecuentes entre los adolescentes y pueden acarrear un alto grado de sufrimiento y disfunción en diversas áreas vitales (Carballo, Figueroa, Oquendo, & Soutullo, 2012).

El Pacto Europeo por la Salud Mental determina la promoción de la salud mental entre los jóvenes y la prevención del suicidio y la depresión como dos de sus cinco áreas prioritarias de intervención. En nuestro país el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tiene como primer objetivo, dentro de la Estrategia en Salud Mental, la prevención de los trastornos mentales, el suicidio y la adicción (Ministerio de Sanidad, 2011).

La adolescencia es un periodo crítico en el desarrollo del ser humano. En esta época se producen importantes cambios físicos, psicológicos y sociales que favorecen vulnerabilidad en la regulación del comportamiento. A nivel neurobiológico durante este periodo la maduración cerebral aún no ha finalizado. Las regiones y sistemas en desarrollo están asociadas a la capacidad para inhibir respuestas, para calcular el riesgo de las conductas, para anticipar los refuerzos y para la regulación emocional (Steinberg, 2005). Todo ello facilita que al experimentar emociones intensas los adolescentes pongan en marcha estrategias impulsivas y disfuncionales como las conductas autolesivas, el consumo de sustancias (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003) o el mantenimiento de conductas sexuales de riesgo (Tapert, Aarons, Sedlar, & Brown, 2001).

Dado el impacto que supone el comportamiento suicida en la salud pública, en los últimos años se han realizado múltiples investigaciones sobre este tipo de conductas. Éstas, en general, se han centrado en dos aspectos fundamentales: determinar la prevalencia real en población escolar y clínica; y encontrar factores de riesgo y protección. Todo ello en un intento de lograr predecir, prevenir y tratar de forma eficaz dichas conductas.

En lo que respecta a la prevalencia, se han observado algunas características similares en la caracterización del comportamiento suicida en adolescentes y en adultos. En primer lugar, en ambos grupos la prevalencia de ideación suicida es mayor que de conductas autolesivas suicidas o no suicidas (Nock et al., 2008). En segundo lugar, se observa una mayor prevalencia de ideación e intentos de suicidio entre las mujeres que entre los hombres (Nock et al., 2008). Finalmente, las tasas de suicidio entre los varones son mayores que entre las mujeres en cualquier grupo de edad (Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000).

La conducta suicida tiende a ocurrir de forma repetida, y en adolescentes se estima que la tasa de suicidios entre aquellos que lo intentan se encuentra entre el 0.5% y 1% al año, una tasa mayor que la encontrada en población adulta (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006).

Dada la alta prevalencia y la especificidad que requeriría la intervención terapéutica con las conductas autoagresivas, se propuso que las conductas autolesivas no suicidas fueran una categoría con criterios propios en el DSM-V (APA, 2012). En la anterior clasificación del DSM-IV-TR, el comportamiento suicida aparecía en dos diagnósticos, en el Trastorno Depresivo Mayor y en el Trastorno Límite de la Personalidad. Sin embargo, un grupo de investigadores alemanes, basándose en los estudios de prevalencias, destacaron la independencia de las conductas autolesivas del trastorno al que tradicionalmente más se han asociado, el Trastorno Límite de la Personalidad, señalando su presencia en muchos otros cuadros. (Plener, Kapusta, Kolch, Kaess, & Brunner, 2012). Por todo ello, algunos autores han defendido la inclusión del comportamiento suicida en un eje VI en la clasificación DSM-V, remarcando así su importancia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente; y facilitando que sea tenido en cuenta como una conducta que puede aparecer en el contexto de cualquier trastorno mental (Oquendo, Baca-García, Mann, & Giner, 2008). Finalmente en el DSM-V (APA, 2013) se han incluido las autolesiones no suicidas “non-suicidal self-injury” en la sección 3, dentro de la categoría de los trastornos que requieren mayor investigación.

Diversos estudios en población adulta han hallado relación entre las conductas suicidas y los acontecimientos vitales estresantes, los antecedentes familiares y los trastornos mentales (Baca-García, Parra, et al., 2007; Baca-García, Perez-Rodríguez, et al., 2007). Así mismo, los estudios con adolescentes de diversas culturas han determinado que los factores

de riesgo que se asocian a la conducta suicida con más fuerza en ambos sexos son: los acontecimientos vitales estresantes (como los abusos físicos o sexuales, los conflictos con la familia de origen o la falta de apoyo social de los iguales), los antecedentes familiares de conducta suicida, la historia previa de intentos de suicidio y la presencia de trastornos mentales (Beautrais, 2000; Brent, Baugher, Bridge, Chen, & Chiappetta, 1999; Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003; Li, Phillips, Zhang, Xu, & Yang, 2008).

Se han detectado formas de algún trastorno mental (siendo los más comunes los del estado de ánimo, la ansiedad, el abuso de sustancias y las alteraciones comportamentales) como factor fundamental de suicidio en un 90% de los casos de niños y adolescentes (OMS, 2006). De hecho algunos datos en población adulta (Blasco-Fontecilla et al., 2010) muestran que en ocasiones la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y las conductas suicidas puede estar mediada por la psicopatología del Eje I.

Así mismo, se han intentado encontrar las variables específicas que puedan estar en la base de la asociación entre la conducta suicida y los trastornos mentales. En este sentido se ha señalado que la desesperanza, la anhedonia, la impulsividad y la elevada reactividad emocional podrían contribuir a que el estrés junto con la falta de estrategias de regulación del mismo llegase a un punto intolerable que facilitase a la persona encontrar como vía de escape el suicidio (Nock et al., 2008)

Aunque existen numerosos estudios en relación a las posibles causas del suicidio, aún desconocemos cual es la principal, por lo que apelamos a la multicausalidad del comportamiento autoagresivo, lo cual probablemente se ajuste mejor a la compleja realidad, pero dificulta la predicción de este tipo de



comportamientos así como la forma de abordarlos. Actualmente disponemos de un gran número de variables asociadas al comportamiento suicida, pero no de ninguna causa necesaria y/o suficiente.

Por ello, se hace necesario esclarecer qué facilita el paso de la ideación a la acción. Algunas encuestas señalan que más de la mitad de los adolescentes que cursan estudios superiores secundarios refieren haber tenido pensamientos suicidas ocasionalmente, lo cual puede ser una estrategia más para tratar de resolver cuestiones existenciales propias de la etapa (McKey, Jones, Barbe, & Horsham, 1993). Sin embargo, cuando éstos se experimentan como la única salida a los conflictos, se hace más probable la realización de conductas autolesivas. De cara a la intervención ésta sería una cuestión fundamental, identificar la forma de frenar la transición entre la ideación suicida y la conducta suicida (Nock et al., 2008).

El impacto socio-sanitario de las conductas suicidas y la elevada prevalencia entre adolescentes hace necesaria una comprensión exhaustiva del problema. Para lograr disponer de programas eficaces de tratamiento, es esencial diseñarlos sobre la base de los hallazgos empíricos y atendiendo a la realidad clínica de los pacientes diana. En el presente estudio hemos analizado diversas características tanto clínicas como sociodemográficas de una muestra de 267 pacientes atendidos en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid entre noviembre de 2011 y octubre de 2012.

En el presente estudio tenemos dos objetivos fundamentales. En primer lugar, establecer la prevalencia de los intentos de suicidio, las autolesiones no suicidas y la ideación suicida. En segundo lugar, clarificar la relación entre los eventos vitales estresantes, la psicopatología, y las conductas autoagresivas; atendiendo en particular a las autolesiones suicidas, a las autolesiones no suicidas y a la ideación

suicida, de una muestra de adolescentes atendidos en salud mental.

Como objetivos secundarios están:

- Determinar la prevalencia de los diversos trastornos mentales en los adolescentes atendidos.
- Conocer la prevalencia de los eventos vitales estresantes en los adolescentes atendidos.
- Examinar factores que puedan modular el impacto negativo de los eventos vitales estresantes y de los trastornos mentales.
- Explorar las implicaciones clínicas.

## 2.2. CONCEPTUALIZACIÓN

Aún no se ha aceptado un sistema común de clasificación de las conductas autoagresivas (Andover, Morris, Wren, & Bruzzese, 2012), por lo que existen limitaciones importantes a la hora de comparar resultados de diversos estudios. Tal y como señalan Muehlenkamp y colaboradores (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012), los datos disponibles en la literatura científica acerca de las conductas suicidas, tanto de prevalencia como de factores asociados, plantean dos problemas fundamentales: por un lado las diferentes metodologías utilizadas y por otro, la variedad de términos empleados para referirse a las diversas conductas relacionadas con el suicidio y las conductas autoagresivas.

En particular, el concepto *deliberate self-harm* se emplea de forma común, fundamentalmente en los estudios europeos y australianos, para referirse a las conductas relacionadas con las lesiones autodirigidas tanto si existe como si no intención suicida en ellas. Sin embargo, en Estado Unidos y Canadá existe la tendencia entre los investigadores de utilizar el término *non-suicidal self-injury*, el cual excluye conductas con intención suicida. Esta diferencia conceptual dificulta la comparación de las cifras de prevalencia,

los factores de riesgo asociados a cada una y el diseño de intervenciones específicas (Andover et al., 2012; Muehlenkamp et al., 2012).

En la literatura científica se alude a las autolesiones no suicidas como cualquier conducta intencional que provoque daño en algún tejido corporal. Manifestándose éste de diversas formas como cortes, excoriaciones en la piel, quemaduras, etc., llegando a producirse en ocasiones conductas con repercusiones más severas como rotura de huesos, y de forma más excepcional automutilaciones (Kerr, Muehlenkamp, & Turner, 2010).

La diferencia entre las autolesiones y los intentos de suicidio en función de la aparición o no de intención suicida, no está exenta de problemas. La determinación de la intencionalidad de la conducta puede resultar ambigua. Existen limitaciones en la medición de ambos constructos, por lo que en ocasiones se observan referencias confusas en la literatura ante dichas conductas. Andover y colaboradores (Andover et al., 2012) proponen definir los intentos de suicidio (*suicide attempt*) como las conductas autolesivas que no resultan fatales pero que tenían el propósito de conseguir la muerte, mientras que las conductas autolesivas (*non-suicidal self-injury*) serían aquellas que se dirigen a causar lesiones en el cuerpo sin la intención suicida de las anteriores. Esta distinción no se queda en la forma o topografía de la conducta, donde ambas se definen por los daños deliberados en los tejidos corporales, sino en la intención o función que el sujeto pretende con la ejecución de la misma.

En un intento por unificar el lenguaje empleado para las diversas conductas autoagresivas, O'Carroll y colaboradores (O'Carroll et al., 1996) propusieron algunas definiciones sobre la base de los trabajos previos (Gardner & Steinberg, 2005). El suicidio lo definieron como aquella muerte causada por lesiones, envenenamiento o asfixia en la cual hay evidencias (implícitas

o explícitas) de que la lesión fue autoinfligida y así como que el sujeto lo hizo con la intención de quitarse la vida. El intento de suicidio lo definieron como la acción resultante en una lesión, envenenamiento o asfixia no letal, en la cual hay evidencia (implícita o explícita) de que la lesión fue autoinfligida así como que el difunto tenía intención (a algún nivel distinto de cero) de quitarse la vida. En este caso se especifica de forma diferencial si hubo o no lesiones. Ambos conceptos quedaban englobados en el de conductas suicidas.

La conceptualización inicial estaba basada en una dicotomía: con o sin intención de morir. Sin embargo, en una reformulación posterior (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll P, & Joiner, 2007) los autores incluyeron una tercera categoría: intención indeterminada. Además se clasificaron las conductas relacionadas con el suicidio en tres grupos: ideación, comunicación y conductas relacionadas con el suicidio. A continuación se muestra la clasificación de las mismas.



Figura 1. Conductas y pensamientos relacionados con el suicidio

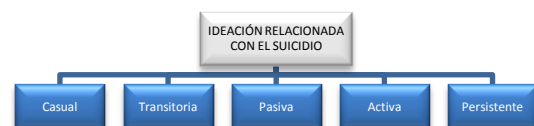


Figura 2. Ideación relacionada con el suicidio



Figura 3. Comunicación relacionada con el suicidio

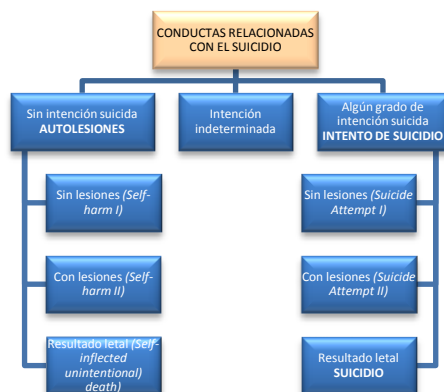


Figura 4. Conductas relacionadas con el suicidio

La mayor parte de los conceptos han sufrido pocas variaciones, desde la formulación inicial, a excepción de la eliminación del gesto suicida, por sus connotaciones peyorativas (Silverman et al., 2007). Algunos autores han propuesto posteriormente la eliminación de algunos otros como la amenaza suicida o la conducta suicida manipulativa por la misma razón que el anterior (Crosby, Ortega, & Melanson, 2011).

Posner y colaboradores (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007) describen la *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)* para la categorización de las diversas conductas relacionadas con el suicidio



Figura 5. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment

De forma más reciente, en un documento disponible en la web del *Centre for Disease Control and Prevention (CDC)* del gobierno americano, se proponen definiciones a las diversas conductas relacionadas con el suicidio para favorecer la comunicación científica y la posibilidad de comparar los resultados de las diversas investigaciones. A continuación se especifican las mismas (Crosby et al., 2011):

**VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA:** El término *self-directed violence* lo equiparan a *self-injurious behavior*. Por lo que en castellano podríamos referirnos a conductas autoagresivas, conductas autolesivas o violencia autoinfligida indistintamente. Estos términos se refieren a todas las conductas autodirigidas y deliberadas que provocan una lesión o una potencial lesión en la propia persona.

Se especifica que este término no engloba conductas como el paracaidismo, el abuso de sustancias, el consumo de tabaco, el juego de azar o las conductas de riesgo en relación a la conducción. Pese a que todas ellas pueden suponer un riesgo para la vida del sujeto (y por tanto se podrían considerar “autoagresivas”), son conductas complejas que no son reconocidas por las personas que las realizan como intentos dirigidos a lesionarse o herirse a sí mismos. Por tanto, el criterio de exclusión se basa en la no intencionalidad del daño y no en el resultado en sí mismo.

**CONDUCTA AUTOLESIVA /AUTOAGRESIVA NO SUICIDA:** el término *non-suicidal self-directed violence* se define como aquellas conductas que son deliberadas y autodirigidas que resultan en alguna lesión o la probabilidad de que se produzca en la propia persona. Se especifica que no ha de existir evidencia explícita o implícita de intención suicida.

**CONDUCTA AUTOLESIVA/ AUTOAGRESIVA SUICIDA:** el término *suicidal self-directed violence* se define como aquellas conductas autodirigidas y deliberadas que dan como resultado lesiones o la probabilidad de que éstas aparezcan, existiendo pruebas explícitas o implícitas de que la persona tenía intención suicida.

**CONDUCTA AUTOLESIVA/AUTOAGRESIVA INDETERMINADA:** el término *undetermined self-directed violence* se emplea para referirnos a aquellas conductas autodirigidas y deliberadas que dan como resultado lesiones o la probabilidad de que éstas aparezcan, siendo confusa la evidencia disponible para determinar si existía o no intención suicida.

**INTENTO DE SUICIDIO:** el término *suicide attempt* se define como una conducta autodirigida potencialmente agresiva que ha sido realizada por la persona con la intención de quitarse la vida siendo el resultado no letal, pudiendo producirse o no alguna lesión.

**AGRESIÓN AUTOINFLIGIDA INTERRUPTIDA POR OTROS:** el término *interrupted self-directed violence by others* se refiere a la conducta autoagresiva de la persona que queda interrumpida habiendo tomado medidas para autolesionarse de algún modo pero habiendo sido detenida antes de finalizar por otra persona. La interrupción puede ocurrir en cualquier momento, desde la ideación inicial hasta después de la realización de la conducta.

**AGRESIÓN AUTOINFLIGIDA INTERRUPTIDA POR UNO MISMO:** el término *interrupted self-directed violence by self* o también denominado *aborted*

*suicidal behavior* se refiere a la detención por parte de la propia persona de la conducta autoagresiva tras haber tomado medidas para autolesionarse de algún modo.

**OTRAS CONDUCTAS SUICIDAS (INCLUYENDO ACTOS PREPARATORIOS):** dentro de la categoría denominada *other suicidal behavior including preparatory acts* se hace referencia a todas aquellas conductas que implican el acto o la preparación de un intento de suicidio y que ocurren antes de la iniciación de cualquier daño. Estas conductas pueden incluir tanto la verbalización de la intención o los pensamientos suicidas como aquellos actos preparatorios en relación al método planeado como comprar un arma de fuego, recolectar pastillas, o incluso conductas relacionadas con la anticipación de la muerte como escribir cartas de despedida o regalar objetos.

**SUICIDIO:** el término *suicide* se refiere a la muerte causada por la realización de conductas lesivas autodirigidas con la intención de provocarse la propia muerte.

En el documento se especifican algunos términos no apropiados para describir las conductas violentas autodirigidas:

- **Suicidio consumado:** el término *completed suicide* implica el logro de un resultado deseado, siendo este evento indeseado para aquellos que participan en la reducción de las enfermedades y la discapacidad. La palabra adecuada sería suicidio. Esta recomendación es reciente y no aparecía en el artículo de O'Carroll (O'Carroll et al., 1996), en el cual se especificaba que el término era equivalente al de suicidio.
- **Intento fallido:** el término *failed attempt* tiene una implicación negativa acerca de la conducta de la persona, dando a entender que ha realizado un esfuerzo infructuoso por quitarse la vida. La

expresión adecuada sería: intento de suicidio o conducta suicida.

- **Suicidio no mortal:** el término *non fatal suicide* implica una contradicción, ya que se refiere a la muerte por suicidio al tiempo que señala que no se ha producido tal muerte. Las palabras adecuadas serían intento de suicidio.
- **Parasuicidio:** el término *parasuicide* se emplea para referirse a la violencia autodirigida de una persona independientemente de si ésta tiene o no intención de morir. Sin embargo la OMS es favorable al empleo del vocablo intento de suicidio. Conceptos alternativos más específicos serían: conducta autolesiva suicida o conducta autolesiva no suicida.
- **Suicidio exitoso:** el término *successful suicide* implica una visión positiva del acto suicida, siendo este acontecimiento indeseable para aquellos que trabajan en la reducción de enfermedades y discapacidad. Un sinónimo adecuado sería suicidio.
- **Tendencias suicidas:** el término *suicidality* se emplea simultáneamente para referirse tanto a pensamientos suicidas como a conductas suicidas. Sin embargo estos fenómenos son muy diferentes en prevalencia, factores relacionados, consecuencias e intervenciones, por lo que deberían abordarse por separado. Se propone el empleo distintivo de los conceptos: pensamientos suicidas y comportamiento suicida.
- **Gesto suicida, acto manipulativo y amenaza de suicidio:** cada uno de estos términos *suicide gesture*, *manipulative act* y *suicide threat*

implican un juicio moral y una impresión peyorativa acerca de la persona que ha realizado la conducta. Generalmente se emplean para describir episodios no letales de conductas autoagresivas. Los términos más adecuados serían conducta autolesiva suicida o conducta autolesiva no suicida.

Según la clasificación propuesta, el término *deliberate self-harm*, debería ser sustituido por alguna de las siguientes opciones:

- autoagresión sin intención suicida, (en este caso sería equivalente a *non-suicidal self-injury*)
- autoagresión con intención suicida desconocida
- intento de suicidio, en caso de existir intención suicida.



Figura 6. Conductas autoagresivas

En relación a las definiciones sobre el concepto de ideación suicida, encontramos ciertas limitaciones. Al igual que ocurre con otros términos, en ocasiones se emplea pudiendo éste hacer referencia a aspectos muy diversos. Por ejemplo, pensamientos sobre la muerte o el morir, la despreocupación por la propia vida, las ideas negativas sobre uno mismo, el deseo de morir, los pensamientos sobre hacerse daño o las ideas estructuradas sobre cómo suicidarse (Carballo et al., 2012; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996), son todo ideas sobre el suicidio, pero tal vez no impliquen el mismo riesgo de transición a la conducta autolesiva unos y otros. La gravedad depende del grado de

planificación y de intencionalidad (Pfeffer, 2007). La definición aportada por diversos autores es tan amplia como cualquier pensamiento relacionado con conductas de suicidio (O'Carroll et al., 1996). En el presente estudio se ha considerado ideación suicida a los pensamientos acerca de acabar con la propia vida ("¿alguna vez has pensado en matarte?" y planificación suicida a la formulación de un método concreto de suicidio ("¿alguna vez has hecho un plan para suicidarte?, ¿pensando en matarte?").

### 2.3. MODELOS EXPLICATIVOS

Existen multitud de modelos acerca de la conducta suicida. Sin embargo, son escasos aquellos que son específicos para población adolescente. A continuación se exponen, en primer lugar algunos de los modelos que han aportado luz sobre el comportamiento suicida. En segundo lugar, los modelos que contemplan explicar no sólo el suicidio sino también otras conductas como las autolesiones.

#### 2.3.1. Modelos generales de suicidio

##### 2.3.1.1. MODELO DIATESIS-ESTRÉS DE MANN

Este modelo (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999) propone dos elementos básicos en interacción al definir la conducta suicida:

- El factor diátesis: predisposición. Compuesto por la tendencia a la ideación y conductas suicidas, la impulsividad, la agresividad, la tristeza, la desesperanza, etc.
- El estrés: presencia de algún trastorno mental.

Divide la conducta suicida en endofenotipos más simples:

- Clínicos: impulsividad, agresividad, neuroticismo, pesimismo, rigidez cognitiva, desesperanza.

- Neurológicos: disregulación monoaminérgica, disminución de la capacidad de fijación del transportador de serotonina, hipofunción de la corteza prefrontal.
- Neuroendocrinológicos: alteración del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal.
- Neuropsicológicos: disfunción ejecutiva, disminución de la fluidez del lenguaje, la memoria, la capacidad de decisión y resolución de problemas y el control de la impulsividad.

##### 2.3.1.2. MODELO DE TRAYECTORIAS DE DESARROLLO DEL SUICIDIO

Silverman y Felner (Silverman & Felner, 1995) postulan un modelo basado en la vulnerabilidad personal en función de los factores de riesgo (como experiencias tempranas problemáticas) y protección al suicidio, en las distintas etapas de la vida. Lo cual permitiría una intervención específica en función de la edad, incidiendo en la detección de los diversos procesos.

Los factores identificados son:

- Biológicos: fundamentalmente el sistema serotoninérgico (que podría estar a la base de procesos como la impulsividad).
- Psicológicos: depresión, desesperanza, baja autoestima y dificultades en el afrontamiento de situaciones difíciles.
- Cognitivos: rigidez y distorsiones cognitivas.
- Ambientales: experiencias difíciles en el ámbito familiar, pérdidas y accesibilidad a métodos para realizar un suicidio.



#### 2.3.1.3. MODELO BASADO EN EL ESTADO DE LA MENTE

Bonner y Rich (Bonner & Rich, 1987) proponen un modelo bajo el paradigma biospsicosocial. Incluyen dos componentes fundamentales: el componente socio-individual y el estado mental. Los factores no son cerrados, en ocasiones pueden influir unos, en otras, otros. Se trata de un modelo probabilístico, en el cual no hay ningún factor necesario, cuantos más haya, mayor riesgo de suicidio.

Dentro del contexto socio-individual:

- Ambiente social: se refieren tanto al contexto social general como al inmediato del individuo (los acontecimientos vitales estresantes, el apoyo social, los antecedentes de suicidio en seres cercanos y las características sociodemográficas).
- Entramado individual: se incluyen las características biológicas, los trastornos mentales, los estilos cognitivos, la personalidad, y el afrontamiento del estrés.

El estado mental son las variables psicológicas que afectan a la conducta suicida como la depresión, la desesperanza, la baja autoestima, la soledad, la ausencia de razones para vivir y la consideración del suicidio como una vía de solución de los problemas.

#### 2.3.1.4. MODELO CÚBICO DEL SUICIDIO

Schneidman (Patterson & Holden, 2012) desarrolla un modelo formado por 125 cubiletes agrupados de cinco en cinco que dan lugar al cubo completo. Los tres factores del modelo, el dolor, la perturbación y la presión, quedan representados en las tres caras visibles del cubo:

- Dolor: emociones negativas como el miedo, la angustia, la vergüenza o la culpa que puedan haber sido desencadenadas por diversos acontecimientos vitales como los traumas. Se hipotetiza un continuo de extremo a inexistente. Este dolor podría ser tan intenso que la muerte aparecería como el único alivio posible.
- Perturbación: estado en el cual la percepción y la cognición están comprometidas, por lo que la capacidad de tomar decisiones se vería afectada. Se podría clasificar en función del grado, desde una mínima perturbación (mente abierta, pensamiento claro y elevada tolerabilidad) hasta el máximo (estrechamiento del pensamiento e impulsividad).
- Presión: la presión se desencadena tras situaciones vitales. La reacción del individuo puede ser constructiva, en cuyo caso la presión sería positiva; o destructiva, siendo entonces una presión negativa. La aparición de estas situaciones así como su experiencia podría precipitar el suicidio en personas sin apoyo social.

El cubilete formado por la cara de máximo dolor, máxima perturbación y máxima presión representaría los suicidios.

#### 2.3.1.5. MODELO DE SOBREPOSICIÓN

Blumenthal (Blumenthal & Kupfer, 1990) propone una agrupación de cinco factores para establecer el riesgo de suicidio. Cada conjunto representa un área de vulnerabilidad, por lo que la conjunción de varios de ellos supondría un aumento en el riesgo de suicidio. Según el modelo, la presencia de varios factores junto con una

experiencia vital estresante puede hacer, si existe disponibilidad de medios para ello, que la persona se plantee la posibilidad del suicidio.

Los cinco grupos de factores son:

- Trastornos psiquiátricos.
- Rasgos y trastornos de personalidad.
- Factores psicosociales y ambientales.
- Factores biológicos.
- Historia familiar y factores genéticos.

#### 2.3.1.6. MODELO DE DESESPERANZA

Beck y sus colaboradores (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990) presentan un modelo de suicidio centrado en las cogniciones. Siguiendo con su modelo explicativo de la depresión, señalan la triada cognitiva (una visión negativa sobre el mundo, uno mismo y el futuro) como mediador de las conductas suicidas. La desesperanza es el factor que, hipotetizan, está en la base de los deseos de suicidio, y por ello es uno de los focos iniciales en la intervención con personas que presentan ideación e intención suicida (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2002).

#### 2.3.1.7. MODELO DE VULNERABILIDAD AL SUICIDIO

El modelo de Weiss (Weiss, 1954) identifica tres grupos de factores fundamentales en la naturaleza del suicidio:

- Actitud del grupo social: la visión que se tenga en el entorno social acerca del suicidio puede condicionar las ideas del propio sujeto al respecto. El grupo social

podría modular el impacto de las dificultades.

- Situaciones vitales: la experiencia estresante por alguna situación vital podría favorecer el pensamiento y las conductas suicidas como una vía de escape.
- Carácter y personalidad: la personalidad sería un filtro de los otros dos factores

#### 2.3.1.8. MODELO TRIANGULAR DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Cutter (Cutter, 1991) propone un modelo desarrollado para la realización de intervenciones preventivas. Utilizando la metáfora del fuego, equipara los tres factores: deseo de morir, grado de planificación y grado de angustia y desesperanza; a la llama, el combustible y el oxígeno, respectivamente. El modelo asume como necesarios los tres factores para la producción del acto suicida, por lo que la intervención se dirige a eliminar o reducirlos.

Los componentes:

- Deseo de morir: se plantea como resultado de otros factores. Sería conveniente identificarlo, pero no se puede modificar directamente sin alterar otros.
- Grado de planificación: se relaciona con el método de suicidio planeado o utilizado con anterioridad. De cara a la prevención se propone el bloqueo del método preferido por el sujeto, por parte de los seres cercanos.
- Grado de angustia y desesperanza: es el factor más clínico y sobre el que se puede intervenir desde ese ámbito.



#### 2.3.1.9. MODELO ESCAPISTA

Baumeister (Baumeister, 1990) afirma que el suicidio es un método de alivio ante el dolor psicológico de la persona, fruto de experiencias vitales y de las expectativas que tenía previamente. Las frustraciones nacen de la discrepancia entre lo que el sujeto había deseado y lo que ha obtenido. Esta discrepancia podría ser atribuida a una característica interna y estable como una debilidad del propio individuo con la consiguiente sensación de culpa. Señala además un aumento de la impulsividad y de las actividades de riesgo, centradas en la satisfacción inmediata y los objetivos cortoplacistas, así como una disminución en la capacidad de resolución de problemas. El suicidio acaba siendo el último paso para lograr escapar de uno mismo y del mundo.

#### 2.3.1.10. TEORÍA PSICOLÓGICA- INTERPERSONAL

Según Joiner y colaboradores (Joiner, Brown, & Wingate, 2005), para que una persona se suicide, ha de tener tanto el deseo de hacerlo, como la capacidad de llevarlo a cabo. El deseo de suicidio estaría presente cuando se producen dos estados mentales específicos simultáneamente y durante tiempo suficiente. Esos dos estados son la sensación percibida de sobrecarga y la sensación de no pertenencia al grupo social. En cuanto a la capacidad para quitarse la vida, la autopreservación sería un instinto poderoso que bloquearía el paso al acto del deseo de suicidio. Sin embargo, personas expuestas a diversas experiencias de lesiones, dolor o muerte, como por ejemplo las autolesiones, pero también lesiones accidentales en uno mismo o de forma vicaria, facilitarían que se superase el instinto de autoconservación.

Por otra parte, se establece que la impulsividad se relaciona con la conducta suicida de forma indirecta, dado que favorecería la exposición a conductas de riesgo como el consumo de tóxicos o los accidentes, provocando una mayor predisposición a realizar un acto suicida.

#### 2.3.1.11. MODELO ARQUITECTÓNICO

A diferencia de otros modelos, el de Mack (Mack, 1986) fue desarrollado específicamente en el ámbito de la adolescencia y de ahí, generalizado a población general. El modelo consta de los siguientes componentes:

- Macrocosmos: sistema educativo, cultura y factores sociales, políticos y económicos.
- Vulnerabilidad genética.
- Experiencias tempranas en las primeras etapas de la vida de la persona.
- Organización de la personalidad: desarrollo del YO, desarrollo de la autoestima y narcisismo.
- Relaciones interpersonales: con los progenitores, con otros adultos y con iguales.
- Trastornos mentales: especialmente importantes los cuadros afectivos y los adictivos.
- Ontogenia: relación de la persona con su vida y con su muerte.
- Circunstancias vitales: incluyendo precipitantes biológicos, consumo de sustancias o acontecimientos sociofamiliares.

#### 2.3.1.12. MODELO TRANSACCIONAL DEL DESARROLLO

Este modelo presentado por Bridge, Goldstein y Brent (Bridge et al., 2006) ha sido desarrollado sobre la base de los factores de riesgo específicos para la conducta suicida en los adolescentes. La conducta suicida es muy infrecuente antes de la pubertad, por lo que los autores establecen hasta esta etapa las variables predisponentes. Una vez llegada la pubertad, sí identifican factores estresantes, facilitadores y de protección.

El modelo comienza identificando los factores de riesgo familiares (trastornos mentales, agresión impulsiva e intentos de suicidio en los progenitores). A continuación, señalan dos vías de vulnerabilidad en la pubertad: la presencia de depresión mayor u otros trastornos mentales en los padres, que facilitaría el desarrollo de neuroticismo, desesperanza, distorsiones cognitivas y ansiedad, desembocando en un aumento de probabilidad de desarrollo de sintomatología depresiva en el adolescente; y la exposición a un trato agresivo-impulsivo lo que a su vez relacionan con un posible correlato neurobiológico de alteración en la función ejecutiva, en particular, en el metabolismo de la serotonina en el córtex prefrontal medial, que facilitaría el desarrollo de agresión impulsiva en el adolescente. Además, la presencia de conflictos o abuso facilitaría también la presencia de sintomatología depresiva. La combinación de ésta y la agresividad impulsiva aumentarían las probabilidades de que apareciese ideación suicida. Ésta a su vez sería un precursor de los intentos de suicidio, potenciado por los factores estresantes como los problemas legales, las pérdidas de seres queridos o los conflictos interpersonales. Factores de protección como la conexión con la escuela y la familia o la presencia de creencias religiosas o culturales en contra del suicidio, amortiguarían la posible transición de la

ideación a la acción. Finalmente, señalan algunos facilitadores de la transición del intento al suicidio como estar intoxicado, haber estado expuesto al suicidio o la disponibilidad de medios para realizar el suicidio.

#### 2.3.2. Modelos de conductas autoagresivas

##### 2.3.2.1. MODELO DE CUATRO FACTORES

Para el entendimiento de las funciones que mantienen las diversas conductas autoagresivas, Nock y Prinstein (Nock & Prinstein, 2004) han propuesto un modelo factorial, centrado en las funciones de reforzamiento automático (por ejemplo como forma de regular emociones) o social (por ejemplo mediante atención por parte de otros):

- Reforzamiento negativo automático: evitar o escapar de emociones negativas.
- Reforzamiento positivo automático: conseguir emociones positivas.
- Reforzamiento negativo social: evitar o escapar de situaciones aversivas en contexto social.
- Reforzamiento positivo social: conseguir algún beneficio en el ámbito de las relaciones.

##### 2.3.2.2. MODELO BASADO EN LA TEORÍA BIOPSICOSOCIAL

Linehan (Linehan, 1993) describe la teoría biosocial como un modelo explicativo del Trastorno Límite de la personalidad, que además ha sido empleado para dar cuenta de conductas como las autolesiones o los intentos de suicidio como formas problemáticas de regulación emocional.

Señala la desregulación emocional como el factor nuclear, resultado de la interacción de dos factores:

- Vulnerabilidad biológica: (probablemente por factores intrauterinos y genéticos) favorecería la hipersensitividad del sistema emocional, es decir, reacciones emocionales de mucha intensidad.
- Ambiente invalidante: tendencia de los padres o cuidadores a responder sistemáticamente criticando, castigando, ignorando o de forma caótica a las experiencias emocionales del niño. Señalan el abuso y el maltrato en la infancia como unas de las experiencias más invalidantes.

De este modo las conductas autolesivas, tanto con intención suicida como sin ella, se entienden como formas de regulación emocional eficaz para la reducción del dolor emocional a corto plazo, pero problemáticas a medio y largo plazo para la persona.

Este modelo muestra la ventaja de haber permitido desarrollar programas eficaces para la reducción de conductas suicidas en pacientes con diagnóstico de trastorno Límite de la Personalidad, y de poner en marcha tratamientos específicos para adolescentes que realizan conductas suicidas (Miller, Rathus, & Linehan, 2007).

## 2.4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### 2.4.1. Prevalencia de conductas autoagresivas en adolescentes

Los estudios epidemiológicos sobre el suicidio se centran en los suicidios consumados, en detrimento de otras conductas suicidas como las autolesiones con intención suicida o sin ella y las cogniciones suicidas.

#### 2.4.1.1. PREVALENCIA DE LOS SUICIDIOS

En España, el Instituto Nacional de Estadística cifra para el año 2010 en 3.158 los casos de suicidio, de los cuales, 31 fueron menores de 19 años. El número total de fallecimientos en ese año, en menores de 19, fue 732, lo cual supone que el suicidio representó el 4.23% de los casos. Se han cifrado en el año 2010, 0.084 suicidios por 100.000 habitantes en menores de 15 años y 2,479 suicidios por 100.000 habitantes en edades comprendidas entre los 15 y los 19 años (INE, 2012).

Las tasas de suicidio en adolescentes, al igual que en adultos, varían en función del sexo (ver figura 7). De los 31 suicidios registrados en España en el año 2010, 25 fueron varones (80.6%) y 6 (19.4%) fueron mujeres (INE, 2012).

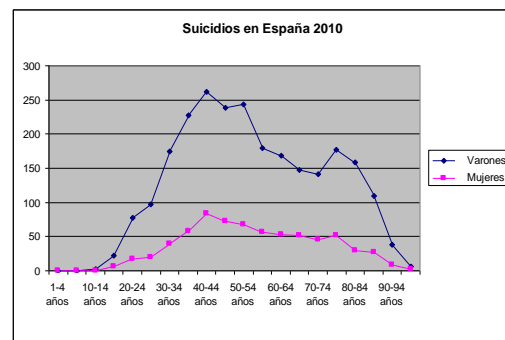


Figura 7. Prevalencia del suicidio en España (2010)

En nuestro país, la evolución de las tasas de suicidio en adolescentes en los últimos 10 años, ha tendido hacia una ligera disminución tanto en varones como en mujeres (INE, 2012). En la figura 8 y 9 se pueden observar las tasas de suicidio por 100.000 habitantes en los distintos rangos de edad.

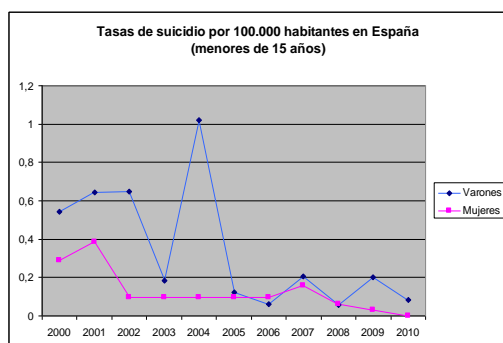


Figura 8. Tasas de suicidio en España en menores de 15 años

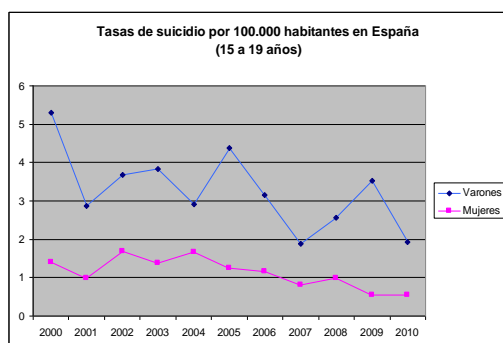


Figura 9. Tasas de suicidio en España entre los 15 y los 19 años

En relación a los métodos empleados por los menores de 19 años españoles, 3.17 por 1000 suicidios fue por lesión autoinfligida mediante ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, 0.63 mediante disparo de arma de fuego, 0.32 mediante objetos cortantes, 4,11 mediante precipitación desde un lugar elevado, 0.32 por arrojar a un objeto en movimiento, 0.32 mediante colisión con un vehículo motor y 0.95 mediante métodos no identificados (INE, 2012).

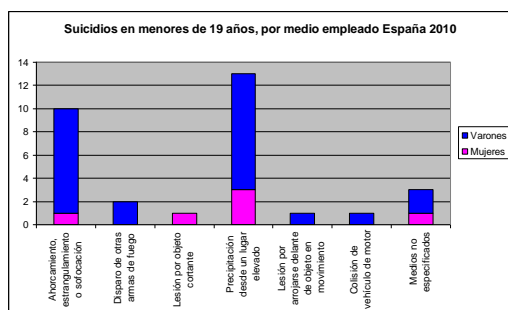


Figura 10. Medios empleados para el suicidio en España en menores de 19 años

En comparación con otros países, España muestra unos índices de suicidio bajos. En la figura 11 se muestran las tasas de suicidio (por 100.000 habitantes) en menores de 24 años, según los países, obtenidas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012).

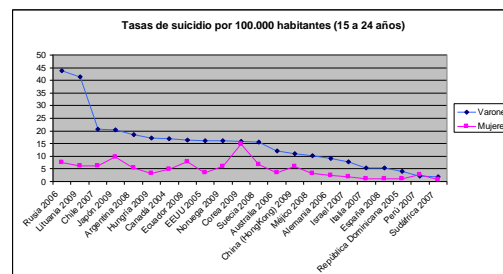


Figura 11. Tasas de suicidio en otros países entre los 15 y los 24 años

Según los datos del CDC, en Estados Unidos., el suicidio fue la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 19 años, con una tasa de 3.97 por 100.000 habitantes (CDC, 2009). En un estudio de revisión de prevalencia de suicidio los autores señalan que en el año 2007, un 14.5% y un 6.9% de los estudiantes adolescentes refirieron tener ideación suicida y haber realizado un intento de suicidio, respectivamente durante el año anterior (Cash & Bridge, 2009; CDC, 2009).

En Estados Unidos de América, se ha detectado que a accesibilidad a un arma de fuego hace que sea mucho más probable su empleo como método de suicidio (Cash & Bridge, 2009; Hagedorn & Omar, 2002).

En un estudio chino (Li et al., 2008) encontraron que, de los 114 casos de suicidio estudiados en personas de entre 15 y 24 años, el 81.6% se realizaron mediante ingesta de fármacos o venenos, el 12.3% ahorcamientos, el 3.5% asfixias, el 0.9% precipitaciones, el 0.9% accidentes de tráfico y otro 0.9% arma de fuego. Del 81.6% de intoxicaciones, el 63.7% fueron con productos químicos agrícolas. Habiéndose señalado como una de las características que diferencian los suicidios en los países orientales de los occidentales.

#### 2.4.1.2. PREVALENCIA DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

En nuestro país encontramos pocos estudios que estudien la prevalencia de las conductas suicidas tanto en población adolescente escolar como clínica.

Se ha descrito una proporción muy elevada entre el número de intentos de suicidio realizados en comparación con el número de suicidios. La *American Association of Suicidology* señala para el año 2009 una relación de entre 100 y 200 intentos de suicidio por cada suicidio en los jóvenes (McIntosh, 2012).

En relación a las prevalencias de los intentos de suicidio, en el estudio del CDC *Youth Risk Behavior Surveillance System* con 15.503 participantes de 158 escuelas de diversos estados norteamericanos, se señala una prevalencia del 7.8% de intentos de suicidio entre los adolescentes durante los 12 meses anteriores a la evaluación, siendo mayor entre las mujeres (9.8%) frente a los varones (5.8%). Se mostró una conducta más frecuente entre estudiantes negros o hispanos (8.3% y 10.2%, respectivamente) que entre blancos (6.2%). Además, un 2.4% de los estudiantes participantes realizaron algún intento de suicidio que fue atendido por algún sanitario (Eaton et al., 2012).

Una cifra similar se señala en un estudio longitudinal escocés en el que hallaron una prevalencia vida del 5.9% para los intentos de suicidio a los 15 años en población escolar (Young, Riordan, & Stark, 2011). Algo más baja es la prevalencia señalada en el estudio prospectivo de Wichstrøm (Wichstrom, 2009) en el cual se estudió una muestra de 2.924 adolescentes, habiéndose hallado cifras de historia previa de intentos de suicidio del 4.5% y del 3.2% de intentos de suicidio durante el periodo de seguimiento. En un estudio chino (Tang et al., 2011) con población escolar y 2.013 participantes, encontraron cifras elevadas de prevalencia de intentos de suicidio en el último año, con un 2.5% para los varones y

un 4.5% para las mujeres de entre 10 y 24 años.

En otra cohorte estudiada prospectivamente, la prevalencia de intentos de suicidio a los 21 años fue de 7.5% (Fergusson et al., 2000). Cifras algo mayores se señalan en una revisión de 128 estudios (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005), con 513.188 adolescentes incluidos donde hallaron una media de prevalencia vida de intentos de suicidio de 9.7%.

En los estudios con población adolescente clínica se han hallado cifras de prevalencia generalmente mayores que en población general. En el estudio TORDIA con 334 adolescentes con depresión (Asarnow et al., 2011), se estableció una prevalencia a lo largo de la vida del 14% para los intentos de suicidio junto con las autolesiones sin intención suicida y del 9.5% para los intentos de suicidio como única autoagresión.

En la misma línea el estudio ADPAT con adolescentes diagnosticados de depresión (Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, & Goodyer, 2011), estableció que el 17% habían realizado algún intento de suicidio el mes anterior a la medición de la línea base. Durante las 28 semanas de seguimiento el 30% de los participantes había intentado suicidarse.

En un estudio realizado en Arabia Saudí (Al-Habeeb, Sherra, Al-Sharqi, & Qureshi, 2013) en el cual participaron 557 adolescentes diagnosticados de depresión, tanto de consultas externas como hospitalizados en psiquiatría, determinaron que el 36.6% de los sujetos estudiados habían intentado suicidarse la semana anterior.

En lo que respecta a los métodos empleados, en un estudio español de Parellada y colaboradores (Parellada et al., 2008) compararon las características de los intentos de suicidio de un grupo de adolescentes con un grupo de adultos

atendidos en dos hospitales españoles. Determinaron que el método más empleado tanto por adolescentes como por adultos fue la sobredosis medicamentosa, sin embargo en el caso de los adolescentes fue fundamentalmente con analgésicos que no requieren prescripción médica, mientras los adultos lo hicieron principalmente con psicofármacos. El segundo método más empleado por los adolescentes fueron los cortes, poco frecuentes en los adultos.

#### 2.4.1.3. PREVALENCIA DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS

Pese a las dificultades en la cuantificación de los suicidios reales, disponemos de cifras, que si bien pueden estar infraestimadas (Ayala & Martí, 2006), nos indican la significación del hecho. En contraposición, el registro de las conductas autolesivas así como de la ideación suicida es mucho más infrecuente.

Se presentan en las siguientes figuras las tasas de autolesiones (por 100.000 habitantes) en la población de adolescentes estadounidense de entre 10 y 19 años.

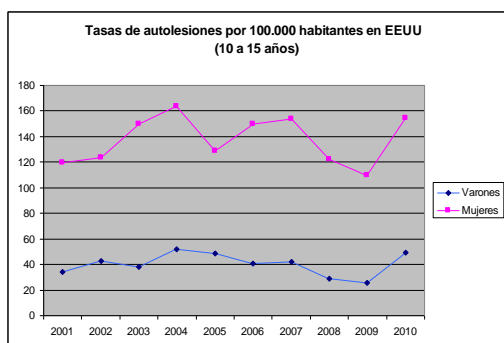


Figura 12. Tasas de autolesiones en Estados Unidos entre los 10 y los 15 años

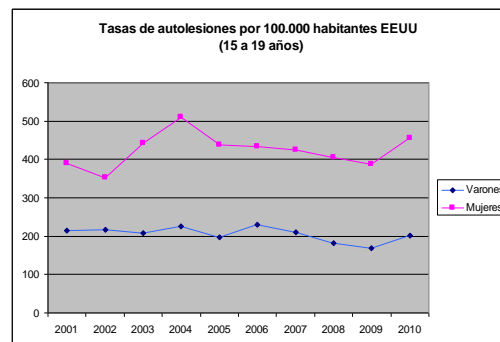


Figura 13. Tasas de autolesiones en Estados Unidos de 15 a 19 años

Como puede observarse en las figuras 12 y 13, las mujeres presentan tasas más elevadas de autolesiones que los varones, similar a lo que ocurre en los intentos de suicidio e inversamente a lo que ocurre con los suicidios. Por otra parte se detecta una leve tendencia al alza en las mujeres con el paso de los años. Las tasas en los varones aunque han aumentado ligeramente, han permanecido más estables a lo largo del tiempo (CDC, 2012).

En un estudio europeo y australiano (Madge et al., 2008) en el que participaron siete países (Australia, Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, Países Bajos y Noruega), se analizaron las prevalencias de las conductas autolesivas con o sin intención suicida entre los adolescentes. Se administraron cuestionarios anónimos a más de 30.000 participantes de 15 y 16 años en la escuela. Las autolesiones fueron más frecuentes en mujeres que en hombres (más del doble), de hecho en cuatro países una de cada 10 mujeres refería haberse autolesionado durante el año anterior. Encontraron cifras de prevalencia de autolesiones de 11.5% a los 12 meses y de 17.8% a lo largo de la vida. El método más frecuentemente empleado tanto en varones como en mujeres fueron los cortes. En la mayor parte de las ocasiones el consumo de sustancias no estaba presente en el momento de realizar la autolesión.

En un reciente estudio de revisión sobre la prevalencia de las autolesiones en adolescentes (Muehlenkamp et al., 2012),



se encontró una gran variabilidad en las cifras. La media de prevalencia para las conductas autolesivas sin intención suicida (*non-suicidal self-injury*) fue del 18% (7.3) y de 16.1% (11.6) para las autolesiones (*deliberate self-harm*), no habiéndose hallado diferencias estadísticamente significativas entre ambas, lo cual apunta a la posibilidad de comparar estudios que se conceptualizan con un término o el otro.

En comparación con otros estudios, en la investigación de Wichstrøm (Wichstrom, 2009) aparecen proporciones algo menores que de autolesiones no suicidas. La prevalencia para la historia previa de autolesiones fue del 2.4% frente al 2.2% que refirieron autolesiones durante el periodo de seguimiento.

Otra de las cuestiones destacadas en la revisión de Madge y colaboradores (Madge et al., 2008) es la diferencia de prevalencias en función del método de evaluación empleado. Aquellos estudios que emplearon un único ítem con respuesta dicotómica (sí/no) para evaluar la presencia de las conductas autolesivas no suicidas, arrojaba datos de prevalencia menores que cuando el estudio empleaba múltiples ítems o listados de conducta. La media de prevalencia a lo largo de la vida en el primer caso fue de 12.5% (4.5) y en el segundo de 23.6% (8.3), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Algo similar ocurría en los estudios sobre autolesiones, la prevalencia media a lo largo de la vida fue de 12.2% (5.6) en los estudios que emplearon un ítem dicotómico y de 31.4% (14.9) en aquellos que evaluaban mediante listados de conductas, siendo de nuevo esta diferencia estadísticamente significativa.

En relación a la variación de las cifras de prevalencia en los últimos años (de 2005 a 2011), los autores (Madge et al., 2008) señalan una cierta estabilización de las tasas, frente a lo referido a veces por los clínicos e investigadores de su tendencia al alza (Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006).

Finalmente, se ha detectado una mayor prevalencia de autolesiones sin intención suicida en poblaciones clínicas en comparación con poblaciones comunitarias. En un estudio de Briere y Gil (Briere & Gil, 1998) hallaron una prevalencia del 4% en los adolescentes de la muestra comunitaria y del 21% en la muestra clínica, sin diferencias entre varones y mujeres. Similar a lo hallado en el estudio TORDIA (Asarnow et al., 2011), en el cual el 23.8% de los adolescentes con depresión estudiados reportaban autolesiones sin intención suicida. De modo similar, en el estudio ADAPT (Wilkinson et al., 2011) con adolescentes diagnosticados de depresión, se determinó una prevalencia de autolesiones en el mes anterior a la medición de la línea base del 36% y del 37% durante el seguimiento de 28 semanas.

Por último, en una revisión de estudios sobre las autolesiones en adolescentes (Kerr et al., 2010) se señalaban cifras de entre el 40 y el 80% en adolescentes que eran pacientes psiquiátricos. Y en otra (Andover et al., 2012) destacan la elevada co-ocurrencia de los intentos de suicidio junto con las autolesiones sin intención suicida en las muestras clínicas de adolescentes, con un rango del 14 al 70% dependiendo de los estudios.

#### 2.4.1.4. PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Durante el comienzo de la adolescencia, alrededor de los doce años, se produce un incremento significativo en la aparición de ideación suicida (Nock et al., 2008). En el estudio sobre conductas de riesgo en adolescentes del CDC anteriormente señalado (Eaton et al., 2012), encontraron que el 15.8% de los adolescentes referían haber considerado seriamente intentar quitarse la vida en los últimos 12 meses, siendo más frecuente entre mujeres (19.3%) que entre varones (12.5%). El 12.8% de los estudiantes refirieron haber realizado durante el año anterior algún plan de suicidio, siendo de nuevo más

frecuente entre las mujeres (15%) que entre los varones (10.8%). El estudio señala una tendencia a la baja en las prevalencias de ideación suicida desde 1991 a 2011.

En el estudio longitudinal a 21 años de Fergusson y colaboradores (Fergusson et al., 2000) encontraron que el 28.8% de la muestra refería haber tenido pensamientos sobre quitarse la vida. Una cifra similar a la hallada en la revisión de Evans y colaboradores (Evans, Hawton, Rodham, et al., 2005), quienes señalaron una prevalencia a lo largo de la vida de ideación suicida en adolescentes del 29.9%.

En el estudio anteriormente mencionado de Young y colaboradores (Young, Riordan, et al., 2011) encontraron cifras de prevalencia del 5.7% para la presencia de pensamientos suicidas en el pasado año, a la edad de 15 años.

En el estudio multicéntrico de Madge y colaboradores (Madge et al., 2011), los adolescentes fueron evaluados mediante cuestionarios anónimos habiendo hallado

que un 14.6% tuvo pensamientos acerca de hacerse daño a sí mismos pero sin haber realizado la conducta en el último año. Una cifra similar para la prevalencia en el último año (15%) señalan en el estudio de Hawton y colaboradores (Hawton, Haw, Houston, & Townsend, 2002) llevado a cabo con más de 6.000 adolescentes escolares ingleses de entre 15 y 16 años.

En lo que respecta a la prevalencia en población clínica de adolescentes, la prevalencia señalada en diversos estudios suele ser aún mayor que en población general. En un estudio retrospectivo danés (Taastrom, Klahn, Staal, Thomsen, & Johansen, 2013) hallaron que un tercio de los más de 4.000 adolescentes que habían acudido a los servicios de emergencias psiquiátricas entre 2003 y 2006 presentaban ideación suicida.

En el estudio realizado en Arabia Saudí (Al-Habeeb et al., 2013) mencionado anteriormente, determinaron que el 47.2% de los sujetos estudiados reportaban ideación suicida.



## 2.4.1.5. RESUMEN DE PREVALENCIA DE CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS

AUTORES	DISEÑO Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	PREVALENCIA
Al-Habeeb, Sherra, Al-Sharqui y Qureshi, 2013 (Al-Habeeb et al., 2013)	Transversal Población clínica n= 557	Revisión de las historias clínicas de los adolescentes diagnosticados de depresión, atendidos tanto en consultas externas como en hospitalización psiquiátrica	Intentos de suicidio: 36.6% Ideación suicida: 47.2%
Asarnow et al., 2011 (Asarnow et al., 2011)	Prospectivo Ensayo clínico n=237	Preguntas sobre presencia/ausencia de autolesiones e intentos de suicidio K-SADS-PL, BDI, BHS, SIQ Jr.	Intento de suicidio: 9.5% Autolesiones e intento de suicidio: 14% Autolesiones: 23.8%
Eaton et al., 2012 (Eaton et al., 2012)	Transversal Población escolar n=15.425	Cuestionario autoaplicado y anónimo acerca de ideación, planificación e intentos de suicidio.	Intento de suicidio (pasado año): 7.8% Ideación suicida (pasado año): 15.8% Plan suicida (pasado año): 12.5%
Fergusson, Woodward y Horwood, 2000 (Fergusson et al., 2000)	Longitudinal Población escolar n=965	Entrevista: ausencia o presencia de intentos de suicidio; presencia o ausencia, frecuencia, naturaleza y razones de la ideación	Intento de suicidio: 7.5% Ideación suicida: 28.8%
Madge et al., 2011 (Madge et al., 2011)	Transversal Población escolar n=33.477	Cuestionarios anónimos autoaplicados: presencia/ausencia de pensamientos sobre autolesionarse y presencia/ausencia, momento ocurrencia, frecuencia de los episodios, métodos empleados, motivaciones, búsqueda de ayuda y posible hospitalización tras autolesionarse.	Autolesiones único episodio: 2.6% Autolesiones múltiples episodios: 3.2% Ideación autoagresiva: 14.6%
Slap, Goodman y Huang, 2001 (Slap, Goodman, & Huang, 2001)	Transversal Población escolar n= 6.577	Cuestionario autoaplicado acerca de los intentos de suicidio.	Intento de suicidio (pasado año): 3.3%
Tang et al., 2011 (Tang et al., 2011)	Transversal descriptivo Población escolar n=2013	<i>Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)</i> . Intentos de suicidio: ausencia/una vez/más de una vez: ¿cuántas veces has intentado quitarte la vida durante los últimos 12 meses?	Intentos de suicidio varones (último año): 2.5% Intentos de suicidio mujeres (último año): 4.5%
Wichstrøm, 2009 (Wichstrom, 2009)	Longitudinal Población escolar n= 2.924	Cuestionario: “¿Has tomado alguna vez una sobredosis de pastillas o has tratado de hacerte daño a ti mismo de algún otro modo?”:No/Sí, una vez/ Sí, varias veces	Intentos de suicidio (prevalencia vida): 4.5% Autolesiones sin intención suicida: 2.4%
Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka y Goodyer, 2011 (Wilkinson et al., 2011)	Prospectivo Ensayo clínico n= 164	The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age-Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)	Intentos de suicidio (mes anterior): 17% Intentos de suicidio (durante el seguimiento): 30% Autolesiones (mes anterior): 36% Autolesiones (durante el seguimiento): 37%
Young, Riordan y Syark, 2011 (Young, Riordan, et al., 2011)	Longitudinal prospectivo Población escolar n=2.157	Entrevista: ausencia o presencia de ideación suicida, intentos de suicidio y autolesiones	Intentos de suicidio (15 años): 5.9% Autolesiones (19 años): 7.1% Ideación suicida (pasado año, 15 años): 5.7%

Tabla 1. Resumen de prevalencia de las conductas autoagresivas

## 2.4.2. Etiología de las conductas autoagresivas en adolescentes

Las numerosas investigaciones acerca del suicidio y las conductas autoagresivas han identificado diversos factores de riesgo mediante estudios comparativos de casos-controles y autopsias psicológicas, sin embargo, no se ha podido identificar ningún factor necesario ni suficiente para explicar dichas conductas. No disponemos por tanto de modelos causales de las conductas autoagresivas, sino de diversas variables que elevan o disminuyen el riesgo de que se produzca este tipo de comportamiento.

Algunos autores han resaltado las diferentes características que se asocian al grupo de personas fallecidas por suicidio de aquellas que han intentado suicidarse. Sin embargo, dado que una conducta suicida puede o no conducir a la muerte en función de factores que incluyen el azar, es difícil clarificar los aspectos específicos de cada grupo. En el estudio de Giner (Giner Jiménez, 2010) se revisan investigaciones previas con adultos y se concluye en el suyo propio que son grupos diferentes.

	Suicidio	Intentos de suicidio
Características sociodemográficas	Varón	Mujer
Intencionalidad	Adulto	Joven
Conflicto	Baja-moderada	Moderada-alta
Letalidad	Interpersonal	Intrapersonal
Probabilidad de ayuda	Alta	Baja
	Baja	Alta
	Aislamiento del entorno	Comunicación al entorno
Acontecimientos vitales estresantes	Mayor frecuencia	Menor frecuencia
Impulsividad	Baja	Alta
Personalidad	Más funcional	Más disfuncional
	Planificado	Acto impulsivo

**Tabla 2. Aspectos diferenciales del suicidio y los intentos de suicidio**

Así mismo, las autolesiones suicidas se han asociado, frente a las autolesiones no suicidas, a diferentes factores, como puede observarse en la tabla 3 (Andover et al., 2012).

	Autolesiones suicidas	Autolesiones no suicidas
Eventos privados asociados	Pensamientos sobre la muerte Pensamientos más duraderos, con menor frecuencia	Pensamientos sobre la búsqueda de alivio Pensamientos menos duraderos y con menor intensidad de malestar asociado
Intención/Función	Quitarse la vida	Parar pensamientos negativos "comprobar si alguien me quiere" Lograr calma y alivio
Frecuencia	Baja	Alta (tendencia crónica)
Letalidad	Alta	Baja
Métodos	Único	Múltiples
Reacción elicitada en el ambiente	Cuidado, compasión y preocupación	Rechazo, miedo y hostilidad

**Tabla 3. Aspectos diferenciales de las autolesiones suicidas y no suicidas**

Aunque hay factores tanto de riesgo como de protección que se han estudiado de forma general para diversas conductas suicidas, existen algunos que caracterizan mejor al suicidio, otros a los intentos de suicidio, otros a las autolesiones no suicidas y otros a la ideación suicida. Pese a las limitaciones señaladas anteriormente por las diferentes denominaciones, revisamos a continuación algunos factores asociados a cada tipo de conducta.

### 2.4.2.1. SUICIDIO

#### 2.4.2.1.1. Factores de riesgo

### ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Numerosos estudios han relacionado los eventos vitales estresantes con el suicidio en personas jóvenes. Los conflictos con la familia de origen (Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996), los conflictos o la falta de apoyo de los iguales (Cooper, Appleby, & Amos, 2002) y los problemas con la justicia (Cooper et al., 2002) se han señalado como factores relacionados con el suicidio en adolescentes (Andover et al., 2012; Bruffaerts et al., 2010; Cash & Bridge, 2009; King & Merchant, 2008; Li et al., 2008).

En un estudio sobre la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y las conductas suicidas (Cooper et al., 2002), compararon los eventos ocurridos en los 6 meses anteriores a jóvenes de 13 a 34 años fallecidos por suicidio (n=84) con un grupo control (n=64). Encontraron que estos eventos preceden muy frecuentemente el suicidio, especialmente la semana anterior. En comparación con los casos control, hallaron que la frecuencia de acontecimientos vitales estresantes en el ámbito de las relaciones interpersonales se producían en mayor medida en el grupo de suicidas, habiendo encontrado una OR de 11.3 para su ocurrencia en la semana anterior al suicidio. Otro de los acontecimientos vitales estresantes que encontraron significativamente más frecuente en el grupo de jóvenes suicidas fue el haber experimentado algún arresto, detención o sentencia judicial, habiendo hallado una OR de 5.06.

En este mismo estudio, además, investigaron el impacto de los acontecimientos vitales estresantes en aquellas personas que habiéndose suicidado no tenían trastorno mental grave en comparación con aquellos que sí lo tenían. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de acontecimientos vitales estresantes en uno y otro grupo, aunque aquellos que no estaban diagnosticados de ningún trastorno mental grave, tuvieron la semana anterior al suicidio más frecuentemente acontecimientos vitales estresantes. Los autores sugieren que en pacientes psiquiátricos jóvenes el efecto de estos factores puede ser menor que en jóvenes sin trastornos mentales graves.

En esta misma línea, Li y colaboradores (Li et al., 2008), hallaron diversos factores de riesgo asociados fuertemente al suicidio: acontecimientos vitales estresantes, sintomatología depresiva, estrés agudo y baja calidad de vida. Encontrando además una relación dosis-respuesta, según la cual el incremento en la exposición a factores

de riesgo aumentaba la probabilidad asociada al suicidio, habiendo encontrado que el 97% de las muertes estudiadas que habían estado expuestas a cuatro o más factores de riesgo, fallecieron por suicidio.

La información se obtuvo mediante autopsias psicológicas en casos y controles. Se reclutó información de los familiares y allegados más cercanos de 114 personas de entre 15 y 24 años que habían fallecido por suicidio y se compararon con 91 que habían muerto por otras causas. Los análisis mostraron que los únicos factores sociodemográficos que diferenciaban significativamente el grupo de estudio y el control fueron su situación laboral (mostrando más riesgo para el suicidio los desempleados, las amas de casa y los trabajadores del campo) y si el paciente continuó con su rol social hasta el fallecimiento o no. Mediante análisis de regresión multivariante encontraron unas OR de 31.8 (2.6-390.6) para los acontecimientos vitales gravemente estresantes en las dos semanas previas al fallecimiento, de 21.1 (4.6-97.2) para la presencia de síntomas de depresión en las dos semanas previas al suicidio, de 9.7 (2.8-34.1) para las puntuaciones bajas en calidad de vida en el mes previo al fallecimiento, de 9.1 (1.2-66.8) para el estrés agudo en el momento de la muerte y de 14 (2.6-76.5) para los trastornos mentales en hombres, no siendo significativo en mujeres. Aunque no se pudo incluir en el modelo multivariante los intentos autolíticos previos por no haberse producido en ninguno de los casos control, se realizó un análisis univariado que dio por resultado una OR de 57.7 (Li et al., 2008).

## PSICOPATOLOGÍA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS

Se ha señalado una fuerte relación entre la depresión y las conductas suicidas en adolescentes, llegando a concluirse que hasta el 90% de los adolescentes que murieron mediante suicidio habían sido diagnosticados al menos de un trastorno

mental, siendo el más frecuente la depresión mayor (Brent, 1995; Shaffer, Gould, et al., 1996).

En la investigación china previamente citada (Li et al., 2008) hallaron mediante análisis de regresión multivariante una OR de 21.1 para la presencia de síntomas de depresión en las dos semanas previas al suicidio de los jóvenes estudiados.

En un estudio finés (Sourander et al., 2009) se estudió de forma prospectiva una cohorte de 5.302 sujetos. La evaluación basal se realizó cuando los niños tenían 8 años, empleando diversas fuentes (padres, profesores y niños) e instrumentos como el *Rutter Questionnaire*, el *Children's Depression Inventory* así como entrevistas clínicas. El seguimiento se realizó cuando los participantes tenían 25 años. En los análisis multivariados aunque en mujeres no se encontraron predictores independientes de conductas suicidas (suicidios o intentos de suicidio severos), hallaron que en varones el predictor más robusto del suicidio fue la comorbilidad de sintomatología internalizante y externalizante a los 8 años (OR=10.5), seguido de los problemas de conducta (OR=6.2) y de los síntomas emocionales (OR=5.6).

Aunque la depresión ha sido el trastorno mental que más frecuentemente se ha relacionado con las conductas suicidas en adolescente, algunos investigadores han mostrado cierta relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y dichas conductas. Dancyger y colaboradores realizaron una revisión (Dancyger & Fornari, 2005) concluyendo que existe una fuerte relación entre las conductas suicidas y los trastornos de la alimentación en el periodo de la adolescencia y la adultez temprana, señalando tasas de suicidio del 2.2 al 15% para pacientes con anorexia nerviosa y de 0.4 a 2.2% para aquellos con bulimia nerviosa, siendo éstas más elevadas en los varones que en las mujeres.

En el metaanálisis de Pompili y colaboradores (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2004) se concluye la existencia de una tasa de suicidio de 2.3% en los pacientes con anorexia nerviosa de entre 14 y 25 años, siendo esta cifra más frecuente que la observada en la población general. En otro estudio de carácter longitudinal prospectivo, mencionado en la misma revisión (Keel et al., 2003), se encontraron tasas de suicidio del 4.1% para pacientes de entre 12 y 18 años diagnosticados de anorexia nerviosa y del 0.4% para aquellos con diagnóstico de bulimia nerviosa.

En una revisión de Galaif y colaboradores (Galaif, Sussman, Newcomb, & Locke, 2007), encontraron múltiples estudios que señalaban la alta comorbilidad entre el consumo de alcohol y la presencia de depresión en adolescentes; y su relación con las conductas suicidas. Pese a que la relación entre el consumo de alcohol y los síntomas depresivos no está clara, se sabe que la presencia de ambos factores incrementa el riesgo de suicidio tanto en población adolescente general como en población clínica.

En una investigación sobre los predictores de mortalidad en adolescentes con trastornos de la alimentación con edades entre los 12 y los 18 años, concluyeron que el mejor predictor de la letalidad de las conductas suicidas fue la severidad del trastorno por uso de alcohol (Keel et al., 2003). En este sentido en la revisión de Bridge y colaboradores (Bridge et al., 2006) se muestran variaciones en las OR de 4.1 a 12.7 para el abuso de sustancias como factor de riesgo en los suicidios. Además afirman que los datos sobre la asociación entre el consumo de sustancias y los suicidios e intentos de suicidio sugerirían que las drogas facilitarían la transición desde la ideación hacia las conductas suicidas.

## ACCESO A MÉTODOS

En EEUU el acceso a las armas de fuego entre los adolescentes parece alarmantemente elevado. En un estudio del CDC (Eaton et al., 2012), señalaron que el 5.1% de los adolescentes había llevado consigo un arma de fuego al menos un día durante los 30 días anteriores a la evaluación. La disponibilidad de medios para quitarse la vida, tales como las armas de fuego en Estados Unidos o los pesticidas en China, parecen estar asociados al suicidio en adolescentes (Cash & Bridge, 2009; Gould et al., 2003; Li et al., 2008; Resnick et al., 1997).

En un estudio sobre conductas suicidas en adolescentes atendidas en servicios de urgencias (Hagedorn & Omar, 2002), los autores señalan que los 20 adolescentes que se habían quitado la vida, lo hicieron mediante armas de fuego todos ellos, subrayando el acceso a las mismas como un importante factor de riesgo para el suicidio.

Brent y colaboradores (Brent et al., 1991) realizaron un estudio de casos-controles,

en el cual hallaron que la presencia de armas de fuego en las casas de los adolescentes que se habían suicidado era el doble de probable que en aquellas en las cuales los adolescentes habían realizado un intento de suicidio o aquellas en las cuales los adolescentes tenían algún trastorno psiquiátrico.

#### 2.4.2.1.2. Factores de protección

Las creencias religiosas se han señalado como un factor protector del riesgo de suicidio en adultos (Dervic et al., 2011; Dervic et al., 2004), en adolescentes los datos disponibles apuntan en la misma dirección (Piko & Kovacs, 2009).

Algunos factores como el apoyo social y emocional percibido, las habilidades de afrontamiento, el asistir al colegio, el referir razones para vivir, el tener una buena alianza terapéutica y la afiliación religiosa disminuyen la probabilidad de comportamiento suicida en adolescentes (Carballo et al., 2012).

#### 2.4.2.1.3. Resumen factores asociados al suicidio

AUTORES	DISEÑO Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	HALLAZGOS
Bridge, Goldstein y Brent, 2006	Revisión de estudios		Factor de riesgo para el suicidio: abuso de sustancias (OR entre 4.1 y 12.7).
Cooper, Appleby y Amos, 2002 (Cooper et al., 2002)	Retrospectivo n= 84 casos n=64 controles	Autopsia psicológica	Factores de riesgo para el suicidio en la semana anterior: acontecimientos vitales estresantes en el ámbito interpersonal (OR=11.3) y en el ámbito judicial (OR=5.06). El impacto de los eventos vitales estresantes parece ser más determinante en personas sin trastorno mental grave.
Phillips, Zhang, Xu y Yang, 2008 (Li et al., 2008)	Retrospectivo n=114 casos n=90 controles	Autopsias psicológicas	Factores de riesgo más asociados al suicidio: los acontecimientos vitales gravemente estresantes (OR: 31.8), la presencia de síntomas de depresión (OR: 21.1), la baja calidad de vida en el mes previo al fallecimiento (OR: 9.7), el estrés agudo en el momento de la muerte (OR: 9.1), los trastornos mentales en hombres (OR: 14) y los intentos autolíticos previos (OR de 57.7).
Sourander et al., 2009 (Sourander et al., 2009)	Longitudinal prospectivo Población escolar n=5.302	Entrevistas psiquiátricas <i>Rutter Questionnaire</i> , <i>CDI</i>	Factores de riesgo para suicidio o intento de suicidio severo en varones (8 años de edad): Sintomatología internalizante y externalizante (OR=10.5), problemas de conducta (OR=6.2), síntomas emocionales (OR=5.6).

Tabla 4. Resumen de los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes

2.4.2.2. INTENTOS DE SUICIDIO

2.4.2.2.1. Factores de riesgo

**ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES**

Al igual que se han asociado al suicidio los acontecimientos vitales estresantes, se han relacionado con los intentos de suicidio. Los factores que se han encontrado incluyen: los conflictos con personas significativas (Hagedorn & Omar, 2002); el abuso sexual o físico y la negligencia (Aglan, Kerfoot, & Pickles, 2008; Bruffaerts et al., 2010; Hagedorn & Omar, 2002; Young, Riordan, et al., 2011); el acoso escolar o bullying (Klomek et al., 2009); las pérdidas significativas como la muerte de un progenitor, el divorcio de los padres o el vivir con una familia reconstruida (Bruffaerts et al., 2010; Fergusson et al., 2000; Young, Riordan, et al., 2011); la violencia familiar (Bruffaerts et al., 2010); la adopción (Slap et al., 2001); las discrepancias entre la adscripción religiosa de la escuela y la propia (Young, Sweeting, & Ellaway, 2011); la homosexualidad (Sinaiko et al., 2005), sobre todo cuando no se percibe apoyo por parte de los allegados (Cash & Bridge, 2009; Russell & Joyner, 2001; Rutter & Soucar, 2002); las enfermedades físicas (Bruffaerts et al., 2010) y las dificultades económicas (Bruffaerts et al., 2010).

Con respecto al acoso escolar un estudio finés de Klomek y colaboradores (Klomek et al., 2009) determinó que la asociación entre el acoso escolar a los 8 años y los intentos de suicidio posteriores (hasta los 25 años), en el caso de los varones, estaba mediada por la sintomatología depresiva, pero en el caso de las mujeres suponía un factor de riesgo independiente de la depresión.

En una investigación prospectiva de Wichstrøm (Wichstrom, 2009) se estudiaron los diferentes factores asociados a las conductas autolesivas no suicidas y a los intentos de suicidio. La

muestra constaba de 2924 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años. Se emplearon cuestionarios autoaplicados, en los primeros momentos de evaluación se realizaban en la escuela y en el último seguimiento se les enviaba por email a casa. Se evaluó la conducta suicida mediante dos preguntas directas, una acerca de las autolesiones y otra acerca de los intentos de suicidio. Las respuestas podían ser ausencia/presencia en una única ocasión/presencia en más de una ocasión. Además se evaluaron factores como las relaciones parentales, el autoconcepto, las relaciones con iguales, la sexualidad, los problemas de conducta, el consumo de sustancias y la percepción de apoyo social. Se realizaron seguimientos en dos momentos, a los dos (T1) y a los cinco años (T2). Los resultados de los factores que predijeron los intentos de suicidio entre el T1 y el T2 fueron: la historia de intentos de suicidio previos (OR=7.49), los intereses sexuales no heterosexuales (OR=6.81), los problemas de conducta (OR=4.52), el género femenino (OR=2.25), la ideación suicida (OR=2.00) y las relaciones sexuales antes de los 15 años (OR=1.44).

En otro estudio retrospectivo (Hagedorn & Omar, 2002), se revisaron las historias clínicas de 287 pacientes, 53,4% mujeres y 46,6% varones, menores de 21 años (16,9) atendidos en el servicio de urgencias por presentar un intento de suicidio. Detectaron que los conflictos interpersonales eran el estresor que con más frecuencia precedía el intento de suicidio como haber tenido una pelea con los padres, haber terminado una relación o haber discutido con los iguales. Aunque no en todas las historias quedó registrado claramente si había o no historia de abusos, en aquellas en las cuales estaba registrado, encontraron que el 60% habían sufrido abuso sexual y el 67% abuso físico.

En un estudio de Bruffaerts y colaboradores (Bruffaerts et al., 2010) desarrollado con información de 21 países y con una muestra de 55.299



participantes, se analizó la relación entre los acontecimientos vitales estresantes en la infancia y las conductas suicidas. De aquellos quienes tenían historia de intentos de suicidio, cerca de un tercio (29.3%) refirieron haber sufrido en su infancia maltrato, casi un cuarto (24.8%) violencia familiar y un sexto (14.5%) abuso sexual. El abuso físico y el sexual mostraron las OR más elevadas tanto para los intentos de suicidio como para la ideación suicida con unas OR de 3.7 a 5.7 y 2.7 y 3.4, respectivamente.

En relación a los intentos de suicidio durante la infancia y adolescencia, encontraron que una historia de abuso sexual estaba asociada con un incremento en más de 10 veces (OR=10.9) la probabilidad de realizar un intento de suicidio entre los 4 y los 12 años, y en más de 6 veces (OR=6.1) entre los 13 y los 19 años. Y una historia de abuso físico mostraba unas OR de 6.3 y 4.1 en relación a los intentos de suicidio, para edades entre los 4 y los 12 años y para edades entre los 13 y los 19 años, respectivamente. Otros factores de riesgo significativos fueron: negligencia (OR=4.6 en el grupo de 4 a 12 años y OR=2.7 en el grupo de 13 a 19 años), muerte de progenitor (OR=2.2 en el grupo de 4 a 12 años y OR=1.6 en el grupo de 13 a 19 años), divorcio de los padres (OR=3.2 en el grupo de 4 a 12 años y OR=2.2 en el grupo de 13 a 19 años), otras pérdidas relacionadas con los progenitores (OR=4.2 en el grupo de 4 a 12 años y OR=2.3 en el grupo de 13 a 19 años), violencia familiar (OR=2.6 en el grupo de 4 a 12 años y OR=2.2 en el grupo de 13 a 19 años), enfermedad física (OR=3.3 en el grupo de 4 a 12 años y OR=3 en el grupo de 13 a 19 años) y dificultades económicas (OR=1.4 en el grupo de 4 a 12 años y OR=1.4 en el grupo de 13 a 19 años).

Además, encontraron una relación dosis-respuesta entre la cantidad de eventos vitales estresantes referidos en la infancia y la ideación suicida, así como con los

intentos de suicidio. Todos los eventos vitales estresantes estudiados mostraron asociaciones significativas tanto con los intentos de suicidio como con la ideación suicida en los modelos multivariados.

Así mismo, en el estudio de Fergusson y colaboradores (Fergusson et al., 2000) hallaron un incremento en el riesgo para los intentos de suicidio según aumentaban el número de acontecimientos vitales estresantes. En este estudio participaron 965 jóvenes desde el nacimiento hasta los 21 años. Encontraron que el riesgo de intento de suicidio habiendo tenido dos o tres acontecimientos vitales estresantes era 2.84 y para cuatro o más 4.79. Algunos de los eventos más relevantes encontrados fueron el conflicto marital de los padres y el divorcio.

Young y colaboradores (Young, Riordan, et al., 2011) realizaron un estudio longitudinal con población escolar. Participaron 2157 adolescentes de 11, 13 y 15 años, a quienes se realizó un seguimiento cuando tenían 19 años. Se evaluaron diversas variables en relación a acontecimientos perinatales y psicosociales que podrían estar asociados a conductas suicidas y al uso de servicios psiquiátricos. La evaluación se realizó mediante entrevistas a los participantes y a sus progenitores. En particular, la presencia de ideación suicida o de intentos de suicidio se evaluó mediante una pregunta categorizada en dos posibles respuestas: presencia o ausencia. Las autolesiones se evaluaron preguntando explícitamente sobre si habían realizado alguna vez esta acción y por el método empleado. Los factores de riesgo para los intentos de suicidio a los 15 años fueron: ser mujer (OR=3.06), vivir en una familia reconstruida (OR=2.37) y la ausencia de cuidados por parte de los progenitores (OR=1.30)

En otra publicación del mismo autor (Young, Sweeting, et al., 2011), reseñada anteriormente, hallaron que la discrepancia entre la afiliación religiosa del colegio y la del adolescente aumentaba el

riesgo de intento de suicidio cerca de tres veces (OR=2.81).

Otro de los acontecimientos vitales estresantes que se ha estudiado en relación a los intentos de suicidio durante la adolescencia es la adopción. En un estudio longitudinal en el que participaron 6577 adolescentes, observaron que la prevalencia de los intentos de suicidio entre los adolescentes que habían sido adoptados fue del 7.6% frente al 3.1% en aquellos que no lo habían sido, esta diferencia mostró ser estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ). Encontraron una OR ajustada de 1.98 para la adopción (Slap et al., 2001).

Finalmente, en relación a los estudios sobre la orientación no heterosexual de los adolescente, algunos estudios señalan que es un factor de riesgo independiente (Sinaiko et al., 2005), mientras que otros sugieren que no es un factor de riesgo en sí mismo (Rutter & Soucar, 2002), pero sí cuando la homosexualidad se produce en un contexto social donde el adolescente se siente rechazado (Cash & Bridge, 2009).

Russell y Joyner (Russell & Joyner, 2001) investigaron la relación entre las conductas suicidas y la orientación sexual. Participaron 11.940 adolescentes, con un 52,4% de mujeres y un 47,6% de varones. En este estudio consideraron oportuno preguntar a los adolescentes por las relaciones previas con personas del mismo sexo y la atracción romántica por ellas, dado que el preguntar explícitamente por la orientación sexual podría estar implicando respuestas mediadas por otros factores como el propio rechazo a considerarse homosexual. En relación a las conductas suicidas estudiaron la presencia o ausencia de ideación suicida y de intentos de suicidio en los últimos 12 meses. En los resultados señalan un 7% aproximadamente de adolescentes que reportan haber tenido relaciones con alguna persona del mismo sexo o sentir atracción por ellas. Las mujeres presentaban mayor frecuencia de intentos

de suicidio. De aquellos que dijeron haber realizado algún intento de suicidio, aproximadamente el 15% referían atracción por personas del mismo sexo. En el modelo de regresión encontraron unas OR de 2.45 en varones y 2.48 en mujeres para los intentos de suicidio en aquellos que presentaban orientación homosexual.

## **PSICOPATOLOGÍA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS**

Los estudios señalan que la presencia de trastornos mentales es muy frecuente en adolescentes víctimas de suicidio o que han intentado suicidarse tanto en muestras clínicas como en población general (Bridge et al., 2006). La comorbilidad con los trastornos mentales, en especial los del humor, los disruptivos y el abuso de sustancias, incrementa significativamente el riesgo de conductas suicidas (Shaffer, Gould, et al., 1996).

Nock y colaboradores (Nock et al., 2008) han señalado que la presencia de desesperanza, anhedonia o la elevada reactividad emocional podrían explicar la relación entre los trastornos mentales y las conductas suicidas.

En nuestro país también se ha observado este efecto. Parellada y colaboradores (Parellada et al., 2008) encontraron que el 80% de los adolescentes que realizaron un intento de suicidio y fueron atendidos en el hospital, cumplían criterios diagnósticos para algún trastorno mental.

En un estudio longitudinal con población no clínica Slap y colaboradores señalaron una OR de 3.41 entre la depresión y los intentos de suicidio (Slap et al., 2001).

Hagedorn y Omar (Hagedorn & Omar, 2002) en su estudio retrospectivo, encontraron que cerca de la mitad de los pacientes atendidos tenían diagnósticos psiquiátricos previos (siendo la depresión el más común), teniendo el 27% antecedentes de intentos de suicidio previos. El método más frecuentemente utilizado fue la sobredosis medicamentosa.



La psicopatología asociada a los intentos de suicidio fue valorada en el estudio prospectivo citado anteriormente de Fergusson (Fergusson et al., 2000). Se realizó la evaluación a los 15 y 16 años mediante la *Diagnostic Interview Schedule for Children*, la *Diagnostic Interview Schedule*, la *Rutgers Alcohol Problems Index*, la *Self-Report Early Delinquency Scale* y un cuestionario con ítems basados en criterios DSM-III. Y mediante la *Composite World Health Organization* y la *Self-Report Early Delinquency Scale* a los 18 y 21 años. Hallaron un riesgo de 6.49 para la depresión, de 2.56 para la ansiedad y de 2.14 para los trastornos de conducta.

Wilkinson y colaboradores (Wilkinson et al., 2011), reclutaron a 164 adolescentes con depresión mayor que formaban parte del estudio *Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial*, y analizaron la prevalencia de conductas autolesivas tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento a las 28 semanas y los factores asociados a dichas conductas. Encontraron una gran asociación entre las conductas autolesivas con y sin intención suicida en el mes anterior a la evaluación inicial, con una OR de 2.7. Durante el mes previo a la línea base, un 17% de los adolescentes había realizado algún intento de suicidio, frente al 30% que lo realizó en el periodo de seguimiento de 28 semanas. El mayor riesgo de suicidio durante el seguimiento se asoció con la severidad de los síntomas depresivos, la desesperanza, la historia previa (durante el mes anterior a la evaluación inicial) de intentos de suicidio y autolesiones, y el deterioro del funcionamiento familiar. El mejor predictor de un intento de suicidio fue la presencia de conductas autolesivas no suicidas previas, con un riesgo relativo de 2.95. Para el grupo de adolescentes sin conductas autolesivas previas, el mejor predictor de un intento de suicidio posterior fue el mal funcionamiento familiar.

En el ensayo clínico TORDIA (Asarnow et al., 2011), participaron 237 adolescentes

de entre 12 y 18 años con depresión moderada a severa según criterios DSM-IV (APA, 1994), en tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, evaluaron las prevalencias y los factores asociados tanto de intentos de suicidio como de conductas autolesivas no suicidas. La sintomatología afectiva la evaluaron mediante la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Present and Lifetime Versions (K-SADS-PL)*, la ideación suicida, la desesperanza y los síntomas depresivos autoreferidos mediante el *Beck Depression Inventory (BDI)*, la *Beck Hopelessness Scale (BHS)* y el *Suicide Questionnaire Jr. (SIQ Jr.)*. Hallaron que el 23.9% de los participantes referían haberse realizado autolesiones, el 9.5% haber tenido intentos de suicidio y el 14% ambas conductas. Habiéndose encontrado una asociación estadísticamente significativa entre ambas conductas ( $p < 0.002$ ). En el modelo de predicción de los intentos de suicidio, encontraron como variables significativas la historia previa de autolesiones no suicidas (Cociente de riesgo=4.71) y la desesperanza (Cociente de riesgo=1.12)

En el estudio prospectivo de Aglan y colaboradores (Aglan et al., 2008), estudiaron a 158 adolescentes (con edad media de 14.5 años) que habían realizado una sobreingesta medicamentosa con intención de autoagredirse. Realizaron una evaluación basal y otra de seguimiento a los 6 años, con una retención del 81% de la muestra inicial. Evaluaron en la línea base el funcionamiento familiar (*Family Assessment Device de McMaster*), los síntomas de depresión y problemas de conducta (*K-SAD*), la desesperanza (*Hopelessness Questionnaire*) y en el seguimiento los estresores psicosociales, el abandono prematuro de la escuela, la sintomatología depresiva (*SCID*) y los episodios de autoagresiones. Los autores concluyeron que el 22% habían realizado nuevos episodios de autoagresiones en las primeras etapas de la vida adulta. La

depresión mayor crónica fue un factor muy relacionado con la repetición de autoagresiones. Otros factores de riesgo fueron la desesperanza y el abuso sexual infantil.

Por otra parte, los problemas de conducta se han mostrado como importantes factores de riesgo para los intentos de suicidio en los adolescentes. Algunos de estos problemas como la conducta violenta, los atracones de alcohol, el fumar tabaco, las conductas sexuales de riesgo, las alteraciones en la conducta alimentaria o el empleo de sustancias ilegales se incluyeron en una investigación (T. R. Miller & Taylor, 2005) que concluyó que la probabilidad de realizar un intento de suicidio que requiriese atención sanitaria aumentaba exponencialmente según se aumentaba la presencia de problemas de conducta, llegando a culminar en una probabilidad 277.3 veces mayor de realizar el intento de suicidio en aquellos adolescentes que presentaban seis problemas de conducta distintos.

En este mismo sentido, como se señaló anteriormente, en el estudio de Sourander y colaboradores (Sourander et al., 2009), el predictor más robusto de los intentos severos de suicidio (aquellos que han requerido un ingreso hospitalario) en varones fue la comorbilidad de un trastornos internalizantes y externalizantes a los 8 años, incrementando el riesgo más de 10 veces.

#### **ACCESO A MEDIOS**

Según los datos recogidos en el *Oxford Monitoring System for Attempted Suicide*, entre 1976 y 1993 la mayoría de adolescentes y niños menores de 16 años, atendidos por autoagresiones, habían tomado una sobredosis medicamentosa. Además detectaron que el paracetamol fue empleado, en los últimos 6 años del estudio, en el 54.7% de las sobredosis. De este modo es posible que el fácil acceso a medicamentos juegue un papel relevante en el riesgo de los intentos de suicidio (Hawton, Fagg, & Simkin, 1996).

#### **2.4.2.2. Factores de protección**

El buen funcionamiento familiar se ha mostrado relacionado con la disminución del riesgo de realizar diversas conductas autoagresivas durante la adolescencia.

Wichstrøm (Wichstrom, 2009) encontró como factor de protección ante los intentos de suicidio el cuidado y la protección parental.

En ese mismo sentido, el grado de conexión familiar (*family connectedness*) ha sido estudiado en repetidas ocasiones como un factor de protección en adolescentes de diversas características (Borowsky, Resnick, Ireland, & Blum, 1999; Slap et al., 2001).

También en esta línea en el estudio cubano realizado por Cortés Alfaro y colaboradores (Cortés Alfaro, Aguilar Valdés, Medina Suearez, Toledo Prado, & Echemendia, 2010), estudiaron los factores de riesgo y protección asociados a los intentos de suicidio hallando que el tener con quien contar en situaciones difíciles suponía un factor protector 2.7 veces, el contar los problemas a su madre 1.7 veces y el contárselos al padre 2.7 veces.

En un reciente estudio canadiense (Langille, Asbridge, Kisely, & Rasic, 2012) en el cual participaron 1.596 estudiantes, se investigó la relación entre el nivel socioeconómico y los factores de riesgo para ideación e intentos de suicidio. Los autores hallaron que en el caso de las mujeres, el disponer de más capital, era un factor de protección para las conductas suicidas. Otro factor de protección detectado, que atañe a las relaciones sociales, fue la percepción por parte de los adolescentes de que tienen relaciones caracterizadas por la confianza y la amabilidad con iguales.

En el estudio de Young et al., 2011 se halló como factor protector independiente para

los intentos de suicidio la adscripción a la religión católica con una OR de 0.39.

#### 2.4.2.2.3. Resumen factores asociados a intentos de suicidio

AUTORES	DISEÑO Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	HALLAZGOS
Aglan, Kerfoot y Pickles, 2008 (Aglan et al., 2008)	Longitudinal Población clínica n=126	Entrevista clínica acerca de la autoagresión (sobreingesta medicamentosa)	La disfunción familiar, los problemas conductuales, la desesperanza, la depresión crónica y los acontecimientos adversos como el abuso sexual en la infancia y adolescencia se relaciona con las conductas autolesivas y suicidas en los adultos jóvenes.
Asarnow et al., 2011 (Asarnow et al., 2011)	Longitudinal Población clínica n=237	<i>The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age-Children-Present and Lifetime Version</i> Entrevista: presencia-absencia intentos de suicidio	Factores de riesgo para los intentos de suicidio: historia previa de gestos autolíticos (HR=4.71) y desesperanza (HR=1.12).
Bruffaerts et al., 2010 (Bruffaerts et al., 2010)	Retrospectivo Población escolar n=55.299	<i>Composite International Diagnostic Interview-3.0</i> (CIDI-3.0): Módulo de suicidio	Factores de riesgo para intentos de suicidio entre los 4 y los 12 años: historia de abuso sexual (OR=10.9) e historia de abuso físico (OR=6.3). Factores de riesgo para intentos de suicidio entre los 13 y los 14 años: historia de abuso sexual (OR=6.1) e historia de abuso físico mostraba unas (OR=4.1).
Fergusson, Woodward y Horwood, 2000 (Fergusson et al., 2000)	Longitudinal Población escolar n=965	Entrevista: ausencia o presencia de intentos de suicidio; presencia o ausencia, frecuencia, naturaleza y razones de la ideación	Factores de riesgo para intentos de suicidio: depresión (6.49), acontecimientos vitales estresantes (4.79), ansiedad (2.56), trastorno de conducta (2.14), abuso de sustancias (1.84)
Gould et al., 1998 (Gould et al., 1998)	Transversal descriptivo Población general n=1285	<i>Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3</i> (DISC-2.3)	El abuso o dependencia de sustancias se relaciona con la progresión entre la ideación suicida y los intentos de suicidio
Hagedorn y Omar, 2002 (Hagedorn & Omar, 2002)	Retrospectivo Población clínica n= 287		Los conflictos interpersonales fueron el estresor desencadenante del intento de suicidio más común.
Russell y Joyner, 2001 (Russell & Joyner, 2001)	Transversal Población escolar n= 11.940	Entrevista autoaplicada con equipo de audio: "¿durante los últimos 12 meses, cuántas veces has intentado suicidarte?"	Factores de riesgo para la ideación suicida en varones: atracción o relación romántica con alguien del mismo sexo(OR=1.70), desesperanza (OR=1.11), depresión (OR=1.15), abuso de alcohol (OR=1.06), suicidio o intento de suicidio por parte de un familia (OR=2.22), suicidio o intento de suicidio por parte de un amigo (OR=2.09), victimización (OR=2.13) Factores de riesgo para la ideación suicida en mujeres: atracción o relación romántica con alguien del mismo sexo(OR=1.79), desesperanza (OR=1.31), depresión (OR=1.12), abuso de alcohol (OR=1.07), suicidio o intento de suicidio por parte de un familia (OR=1.65), suicidio o intento de suicidio por parte de un amigo (OR=2.25), victimización (OR=2.40)
Slap, Goodman y Huang, 2001 (Slap et al., 2001)	Transversal Población escolar n=6577	Cuestionario autoaplicado: "¿durante los últimos 12 meses, cuántas veces has intentado suicidarte?"	Factores de riesgo par intentos de suicidio: depresión (OR: 3.41), consejo psicológico previo (OR: 2.83), mujer (OR:2.31), consumo de tabaco (OR: 2.31), actividad delictiva (OR: 2.17), adopción (OR: 1.98), baja imagen de sí mismo (OR: 1.78) y conducta agresiva (OR: 1.48)
Sourander et al., 2009 (Sourander et al., 2009)	Longitudinal Población escolar n=5.302	Entrevistas psiquiátricas <i>Rutter Questionnaire, CDI</i>	Factores de riesgo para suicidio o intento de suicidio severo en varones (8 años de edad): Sintomatología internalizante y externalizante (OR=10.5), problemas de conducta (OR=6.2), síntomas emocionales (OR=5.6).
Tang et al., 2011 (Tang et al., 2011)	Transversal descriptivo Población escolar n=2013	<i>Functional Assesment of Self-Mutilation (FASM)</i> . Intentos de suicidio: ausencia/una vez/más de una vez: ¿cuántas veces has	Tras controlar el efecto de la sintomatología depresiva, de la ideación suicida y de las variables demográficas; las conductas autolesivas no suicidas aumentaban el riesgo de realizar intentos de suicidio, con una OR de 2.35. La ideación suicida incrementaba el riesgo de

*Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental*

		intentado quitarte la vida durante los últimos 12 meses?	suicidio con una OR de 16.18.
Wichstrom, 2009 (Wichstrom, 2009)	Longitudinal Población escolar n=2924	Cuestionarios: "¿Alguna vez has tratado de matarte?" No/Sí, una vez/Sí, varias veces	Factores de riesgo intentos de suicidio: historia de intentos de suicidio previos (OR=7.49), intereses sexuales no heterosexuales (OR=6.81), relaciones sexuales antes de los 15 años (OR=1.44), género femenino (OR=2.25), ideación suicida (OR=2.00) y problemas de conducta (OR=4.52) Factores de protección para los intentos de suicidio: vínculo con los padres (OR=0.57)
Wilkinson et al., 2011 (Wilkinson et al., 2011)	Longitudinal Población clínica n=164	<i>The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age-Children-Present and Lifetime Version</i>	Predictor de intento de suicidio: conductas autolesivas no suicidas previas. (Riesgo relativo=2.95). Para quienes no realizaron autolesiones previas, el mejor predictor de un intento de suicidio fue la disfunción familiar.
Young, Riordan y Stark, 2011 (Young, Riordan, et al., 2011)	Longitudinal Población escolar n=2157	Entrevista: ausencia o presencia de intentos de suicidio	Factores de riesgo para intentos de suicidio a los 15 años: mujer (OR=3.06), familia reconstituida (OR=2.37) y ausencia de cuidados por parte de los progenitores (OR= 1.30)
Young, Sweeting y Elleway, 2011 (Young, Sweeting, et al., 2011)	Longitudinal Población escolar n= 1.698	Entrevista: "¿En el último año, has pensado seriamente en quitarte la vida?", En algún momento de tu vida has intentado matarte?"	La escolarización a los 15 años en una institución adscrita a creencias discrepantes con las propias incrementaba el riesgo de intentos de suicidio (OR: 2.81). El profesar religión católica reducía el riesgo de intentos de suicidio (OR=2.56).

**Tabla 5. Resumen de los factores de riesgo y protección asociados a los intentos de suicidio en adolescentes**

#### 2.4.2.3. CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS

##### 2.4.2.3.1. Factores de riesgo

#### ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Se han observado algunos factores asociados a las autolesiones no suicidas de forma sistemática en diversos estudios: la exposición al suicidio o autolesiones de seres cercanos (Madge et al., 2011), las relaciones sexuales con personas del mismo sexo (Wichstrom, 2009; Young, Riordan, et al., 2011), la carencia de soporte social (Hankin & Abela, 2011), los conflictos en la familia (Madge et al., 2011), el abuso sexual o la negligencia en los cuidados (Asarnow et al., 2011; Madge et al., 2011).

En un reciente estudio multicéntrico de Madge y colaboradores (Madge et al., 2011), en el cual participaron seis países europeos y Australia, con una muestra de 30.477 adolescentes entre los 14 y los 17 años, se evaluó la relación entre las conductas autolesivas, la psicopatología y los acontecimientos vitales estresantes. Los autores emplearon el término genérico *deliberate self-harm*, sin poder discriminar entre las autolesiones con intención suicida y sin ella. La evaluación se realizó mediante cuestionarios anónimos. Para las autolesiones se emplearon preguntas sobre la presencia o ausencia de pensamientos relacionados con las autolesiones y las conductas autolesivas, así como su momento de ocurrencia, la frecuencia de los episodios, los métodos empleados, las motivaciones para realizarlo, la búsqueda de ayuda y la posible hospitalización. Para la medida de las variables psicológicas se emplearon escalas estandarizadas de ansiedad (*HADS subescala ansiedad*), depresión (*HADS subescala depresión*), impulsividad (escala de seis ítems de Plutchik) y autoestima (versión de *Robson self-concept scale*). Se incluyeron 20 ítems sobre acontecimientos

vitales estresantes que fueron categorizados en diez grupos: dificultades con amigos, problemas con o entre los padres, enfermedad grave de algún familiar o amigo, abuso físico o sexual, suicidio o autolesiones en familiares o amigos, muerte de alguna persona muy cercana, preocupaciones sobre la orientación sexual, problemas con la policía, acoso escolar y problemas escolares.

En relación a los acontecimientos vitales estresantes encontraron que en el grupo de aquellos con un único episodio de autolesiones las OR oscilaron entre 1.11 (no siendo significativa la enfermedad grave de algún ser cercano) y 3.69 (suicidio o autolesiones de seres cercanos). Otros factores de riesgo hallados fueron: dificultades con iguales (OR=1.54), problemas con o entre los padres (OR=1.95), abuso físico o sexual (OR=2.30), problemas académicos (OR=1.54), preocupaciones sobre la orientación sexual (OR=1.83), acoso escolar (OR=1.25) y problemas con la policía (OR=1.39).

En el grupo de aquellos que presentaron una historia de múltiples episodios de autolesiones oscilaron entre 1.19 (no mostrándose de nuevo significativa la enfermedad grave de algún ser cercano) y 5.00 (suicidio o autolesiones de seres cercanos). Se encontraron además los siguientes factores de riesgo: dificultades con iguales (OR=1.71), problemas con o entre los padres (OR=2.12), abuso físico o sexual (OR=2.29), problemas académicos (OR=1.45), preocupaciones sobre la orientación sexual (OR=1.86), acoso escolar (OR=1.41) y problemas con la policía (OR=1.83).

Hankin y Abela (Hankin & Abela, 2011) realizaron un estudio prospectivo con 103 adolescentes de entre 11 y 14 años. Obtuvieron una retención del 94% de los participantes a los dos años y medio de seguimiento. Realizaron entrevistas a los adolescentes y a sus madres administrando diversas escalas clínicas y una entrevista

estructurada (SCID-I) en la línea base. Cada 6 meses se realizaban entrevistas telefónicas para valorar si los adolescentes tuvieron síntomas depresivos. A los dos años se enviaron cuestionarios a los domicilios de los participantes para valorar la presencia de factores próximos psicosociales. Finalmente a los dos años y medio se evaluó de nuevo las conductas autolesivas en los adolescentes.

En la medición basal encontraron que el 8% de los adolescentes refería haberse autolesionado sin intención de quitarse la vida. En el seguimiento a los dos años y medio, fueron un 18% los adolescentes que afirmaron haberse realizado autolesiones. La mitad de los adolescentes que inicialmente referían haberse autolesionado, continuaban haciéndolo a los dos años y medio de seguimiento.

Si bien en la línea base los acontecimientos estresantes no diferenciaban el grupo de adolescentes con autolesiones del grupo que sí las presentaban, en la medición a los dos años, sí se diferenciaron en: los estresores ( $p<0.01$ ), el apoyo social ( $p<0.001$ ), las interacciones negativas ( $p<0.01$ ). Finalmente, en el modelo de regresión múltiple, que predecía las nuevas conductas autolesivas en los dos años y medio siguientes el evento vital estresante que aparecía incluido fue la carencia de soporte social a los dos años ( $p<0.05$ ).

En el estudio longitudinal de Young y colaboradores (Young, Riordan, et al., 2011) señalaron una prevalencia de autolesiones no suicidas del 7.1% en jóvenes de 19 años, hallando tres factores de riesgo en el modelo final ajustado asociados a la presencia de autolesiones no suicidas con 19 años: el haber mantenido relaciones sexuales con una pareja del mismo sexo con una OR de 3.85; el tener una familia reconstituida con una OR de 2.47 y el haber sufrido la falta de cuidados por parte de los progenitores con una OR de 1.30.

En el estudio TORDIA descrito anteriormente (Asarnow et al., 2011), la

historia previa de abuso físico o sexual mostró un cociente de riesgo de 2.01 en relación a las autolesiones.

En la citada investigación de Wichstrøm (Wichstrom, 2009) se determinaron los siguientes predictores de la aparición de conductas autolesivas no suicidas en el periodo de seguimiento (T2): historia de autolesiones previa (OR=4.62), historia de intentos de suicidio previos (OR=4.30), intereses sexuales no heterosexuales (OR=4.06), problemas de conducta (OR=2.87), relaciones sexuales antes de los 15 años (OR=1.97), género femenino (OR=1.99) e ideación suicida (OR=1.25).

En lo que respecta a la relación entre la orientación sexual no heterosexual y las autolesiones, en un reciente estudio (Liu & Mustanski, 2012) se analizaron las variables asociadas al riesgo para las autolesiones en jóvenes de 16 a 20 años con orientación homosexual, bisexual o transgénero. Se trata de un estudio longitudinal con 246 participantes, a quienes evaluaron en cinco ocasiones cada 6 meses. Encontraron como factores de riesgo para las autolesiones: una historia previa de intentos de suicidio (3.22), la búsqueda de sensaciones (1.78), la no conformidad con el género (1.32), la desesperanza (1.76) y las agresiones físicas o verbales por su orientación sexual (2.50).

En una investigación acerca de los diferentes factores asociados a los pensamientos autoagresivos y las conductas autolesivas sin intención suicida (Martin, Bureau, Cloutier, & Lafontaine, 2011), los autores estudiaron a más de 1000 universitarios. Los resultados mostraron que los sujetos que tenían ideación autoagresiva pero no se habían autolesionado no se diferenciaban en las relaciones disfuncionales con la familia de origen ni en el maltrato de aquellos que sí se autolesionaban. Es decir, ambos grupos mostraban la misma probabilidad de haber vivido en entornos invalidantes.



## PSICOPATOLOGÍA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS

Las autolesiones sin intención suicida se han asociado a la presencia de desesperanza (Wilkinson & Goodyer, 2011; Wilkinson et al., 2011), a los trastornos depresivos en el adolescente o en alguno de sus progenitores (Hankin & Abela, 2011), a los trastornos de ansiedad (Wilkinson & Goodyer, 2011; Wilkinson et al., 2011), a la historia previa de intentos de suicidio (Liu & Mustanski, 2012; Wichstrom, 2009) y a la historia previa de autolesiones (Asarnow et al., 2011; Madge et al., 2011).

En el estudio de Madge y colaboradores (Madge et al., 2011) descrito anteriormente, hallaron que para el grupo de adolescentes con un único episodio de autolesiones, la OR para el género femenino fue 2.76, para la depresión de 1.04, para la ansiedad y la impulsividad de 1.10 y de 0.90 para la autoestima. Finalmente en el grupo con historia de múltiples episodios de autolesiones se halló una OR de 3.00 para el género femenino, de 1.10 para la depresión, de 1.13 para la ansiedad e impulsividad y de 0.84 para la autoestima. En comparación con otros estudios, las OR halladas para la depresión y ansiedad son bajas. Con respecto a las características psicológicas evaluadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p<0.001$ ) entre los cuatro grupos, mostrando tamaños del efecto mediano en depresión, ansiedad y autoestima y bajo en impulsividad.

En el estudio descrito de Hankin y Abela (Hankin & Abela, 2011) hallaron que en la medición inicial las variables que diferenciaban el grupo de adolescentes sin autolesiones del grupo que sí las refería fueron el estilo cognitivo negativo ( $p<0.05$ ) y los síntomas depresivos en los padres ( $p<0.05$ ). En la medición a los dos años, las diferencias significativas entre ambos grupos aparecieron en: los síntomas

depresivos ( $p<0.001$ ), la excesiva búsqueda de tranquilización ( $p<0.01$ ), la desesperanza ( $p<0.01$ ) y los síntomas depresivos en los padres ( $p<0.05$ ). Finalmente, el modelo de regresión múltiple, que concluyeron predecía las nuevas conductas autolesivas en los dos años y medio siguientes, estuvo formado además de la carencia de soporte social mencionado anteriormente, por el estilo cognitivo negativo ( $p<0.05$ ) y los síntomas depresivos a los dos años ( $p<0.05$ ).

En el estudio de Wilkinson y colaboradores (Wilkinson et al., 2011), encontraron unas cifras de prevalencia para las conductas autolesivas del 36% en el mes previo a la línea base y del 37% durante las 28 semanas de seguimiento. El mejor predictor de conductas autolesivas en el seguimiento, fue el haberlas realizado el mes antes de la evaluación basal, con un riesgo relativo de 3.59. Otras variables predictoras fueron la presencia de un trastorno de ansiedad o desesperanza en el mes anterior a la evaluación inicial, el género femenino y la edad más temprana.

Las variables que mejor predijeron la aparición de autolesiones no suicidas durante el periodo de seguimiento de 24 semanas en el estudio TORDIA (Asarnow et al., 2011) fue, además de la historia de abuso físico o sexual señalado anteriormente, la presencia de autolesiones en la evaluación basal (Cociente de riesgo=9.79).

### 2.4.2.3.2. Factores de protección

En comparación con los estudios sobre lo factores de riesgo, encontramos un menor número donde se identifiquen factores específicos de protección. Una excepción es el estudio anteriormente citado de Wichstrøm (Wichstrom, 2009) en el cual identificó como factor específico de protección ante las conductas autolesivas no suicidas, la satisfacción con las relaciones sociales.



#### 2.4.2.3.3. Resumen factores asociados a autolesiones no suicidas

AUTORES	DISEÑO Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	HALLAZGOS
Aglan, Kerfoot y Pickles, 2008 (Aglan et al., 2008)	Longitudinal Población clínica n=126	Entrevista clínica acerca de la autoagresión (sobreingesta medicamentosa)	La disfunción familiar, la desesperanza, el abuso sexual y la depresión mayor crónica en la infancia y adolescencia se relaciona con las conductas autolesivas y suicidas en los adultos jóvenes.
Asarnow et al., 2011 (Asarnow et al., 2011)	Longitudinal Población clínica n=237	<i>The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age-Children-Present and Lifetime Version</i> Entrevista: presencia/ausencia de autolesiones	Factores de riesgo para las autolesiones: historia previa de estas conductas (HR=9.79) y a abuso sexual o físico (HR=2.01).
Hankin y Abela, 2011 (Hankin & Abela, 2011)	Longitudinal Población escolar n=103	<i>Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)</i> .	Las variables que mejor predecían las nuevas conductas autolesivas en los dos años y medio siguientes, fueron: el estilo cognitivo negativo, los síntomas depresivos a los dos años y la carencia de soporte social a los dos años ( $p<0.05$ ).
Madge et al., 2011 (Madge et al., 2011)	Transversal Población escolar n=33.477	Cuestionarios anónimos autoaplicados: presencia/ausencia de pensamientos sobre autolesionarse y presencia/ausencia, momento ocurrencia, frecuencia de los episodios, métodos empleados, motivaciones, búsqueda de ayuda y posible hospitalización tras autolesionarse.	Factores de riesgo para autolesiones (único episodio y varios): género femenino (OR=2.76 y 3.00), depresión (OR=1.04 y 1.10), ansiedad e impulsividad (OR=1.10 y 1.13), autoestima (OR=0.90 y 0.84), suicidio o autolesiones de seres cercanos (OR=3.69 y 5.00), dificultades con iguales (OR=1.54 y 1.71), problemas con o entre los padres (OR=1.95 y 2.12), abuso físico o sexual (OR=2.30 y 2.29), problemas académicos (OR=1.54 y 1.45), preocupaciones sobre la orientación sexual (OR=1.83 y 1.86), acoso escolar (OR=1.25 y 1.41) y problemas con la policía (OR=1.39 y 1.83).
Wichstrom, 2009 (Wichstrom, 2009)	Longitudinal Población clínica n=2924	Cuestionarios: "¿Has tomado alguna vez una sobredosis de pastillas o has tratado de hacerte daño a ti mismo de algún otro modo?" No/Sí, una vez/Sí, varias veces	Factores de riesgo: historia de autolesiones previa (OR=4.62) historia de intentos de suicidio previos (OR=4.30), intereses sexuales no heterosexuales (OR=4.06). relaciones sexuales antes de los 15 años (OR=1.97), género femenino (OR=1.99), ideación suicida (OR=1.25) y problemas de conducta (OR=2.87) Factores de protección para las autolesiones: satisfacción con el grupo social de apoyo (OR=0.53).
Wilkinson et al., 2011 (Wilkinson et al., 2011)	Longitudinal Población clínica n=164	<i>The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age-Children-Present and Lifetime Version</i>	Predictores de conductas autolesivas: historia previa en el mes antes de la evaluación basal (Riesgo relativo=3.59). Otras fueron: presencia de un trastorno de ansiedad o desesperanza en el mes anterior a la evaluación inicial, el género femenino y la edad más temprana.
Young, Riordan y Stark, 2011 (Young, Riordan, et al., 2011)	Longitudinal Población escolar n=2157	Entrevista: ausencia o presencia de autolesiones y método de las autolesiones	Factores de riesgo para autolesiones los 19 años: pareja del mismo sexo (OR=3.85), familia reconstituida (OR=2.47) y ausencia de cuidados por parte de los progenitores (OR=1.30)

**Tabla 6. Resumen de factores de riesgo y protección asociados a autolesiones no suicidas en adolescentes**

#### 2.4.2.4. IDEACIÓN SUICIDA

##### 2.4.2.4.1. Factores de riesgo

##### ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Aunque no todos los adolescentes con ideación suicida realizan alguna conducta autolesiva, habitualmente aquellos que sí lo hacen, presentan cogniciones suicidas (Fergusson et al., 2000).

En un estudio francés (Consoli et al., 2013) en el que participaron 36.757 adolescentes se evaluaron los factores de riesgo asociados a diferentes grados de severidad del riesgo suicida. La relación negativa con la madre y el padre incrementaba el riesgo de pertenecer al grupo de adolescentes con síntomas depresivos e ideación suicida 4.45 y 2.45 veces respectivamente, además el hecho de que entre los padres tuviesen mala relación pese a continuar viviendo juntos, doblaba el riesgo.

En un estudio prospectivo (Fergusson et al., 2000) con una cohorte de 965 jóvenes, encontraron que la presencia de cuatro o más acontecimientos vitales estresantes presentaba un riesgo de ideación suicida de 3.13. Algo menor que para la presencia de depresión (3.71). La ansiedad y la presencia de trastorno por uso de sustancias mostró un riesgo menor (1.52 y 2.08, respectivamente).

La ideación suicida se ha relacionado con el abuso sexual en la infancia (Evans, Hawton, & Rodham, 2005). En un estudio prospectivo con 183 adolescentes que habían sufrido abusos sexuales en la infancia, encontraron que el 43% de ellos había tenido ideación suicida desde que abusaron de ellos (Plunkett et al., 2001).

Así mismo, en el estudio anteriormente citado de Madge y colaboradores (Madge et al., 2011) hallaron relación entre la ideación suicida y los siguientes acontecimientos vitales estresantes: el suicidio o autolesiones de seres cercanos (OR=1.89), las dificultades con iguales

(OR=1.67), los problemas con o entre los padres (OR=1.64), el abuso físico o sexual (OR=1.49), los problemas académicos (OR=1.41), las preocupaciones sobre la orientación sexual (OR=1.40), enfermedad grave de un ser cercano (OR=1.20), acoso escolar (OR=1.19) y problemas con la policía (OR=1.15).

Por último, en el citado estudio de Russell y Joyner (Russell & Joyner, 2001) evaluaron la ideación suicida, preguntando si en los últimos 12 meses habían pensado seriamente en quitarse la vida. Las mujeres presentaban mayor frecuencia de ideación suicida. En el modelo de regresión encontraron unas OR de 1.68 y de 2.14 para la ideación suicida en varones y mujeres homosexuales respectivamente.

##### PSICOPATOLOGÍA Y VARIABLES PSICOLÓGICAS

La ideación suicida se ha relacionado con la desesperanza, el sentimiento de soledad (Salvo & Castro, 2013), los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, la impulsividad (Salvo & Castro, 2013), los trastornos de la conducta alimentaria (Brausch & Gutierrez, 2009; Buhren et al., 2013) y el empleo de alcohol (McManama O'Brien, Becker, Spirito, Simon, & Prinstein, 2013; Salvo & Castro, 2013).

En el estudio de Madge y colaboradores (Madge et al., 2011) se determinaron los siguientes factores de riesgo para la ideación suicida: el género femenino mostraba una OR de 1.94, la depresión de 1.02, para la ansiedad de 1.11, para la impulsividad de 1.06 y para la autoestima de 0.89.

En un estudio taiwanés (Wang, Lai, Hsu, & Hsu, 2011), evaluaron de forma transversal a 577 adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años de la población escolar. Emplearon cuestionarios anónimos y analizaron los factores de riesgo y protección asociados a la ideación suicida. Hallaron una prevalencia en el año anterior cercana al

18%. Los factores de riesgo más significativos fueron el pertenecer al género femenino (OR=4.23), la presencia de ideación suicida en sus amigos (OR=4.15) y depresión (OR=3.44).

Otro estudio chileno (Salvo & Castro, 2013), evaluó a 763 escolares de entre 14 y 19 años, habiendo hallado que el 19% de ellos habían intentado suicidarse y el 34.3 habían tenido ideación suicida. Señalaron como factor de riesgo más importante el sentimiento de soledad, seguido del género femenino, la elevada impulsividad y el uso de alcohol.

#### 2.4.2.4.2. Factores de protección

En un estudio canadiense (Rasic, Kisely, & Langille, 2011) encontraron las creencias religiosas y la participación religiosa como un factor de protección frente a la depresión y la ideación suicida, en mujeres adolescentes. Otros estudios (Taliaferro, Rienzo, Pigg, Miller, & Dodd, 2009) no han encontrado relaciones directas entre la religiosidad y la protección de la ideación suicida, aunque el bienestar existencial (*existential well-being*) sí apareció como un factor de protección frente a la ideación suicida.

En un estudio posterior de este mismo grupo (Langille et al., 2012) refirieron como factor de protección de la ideación suicida el disponer de relaciones sociales caracterizadas por la amabilidad y la confianza.

Existen ciertas limitaciones a la hora de evaluar la ideación suicida. No es infrecuente que las personas con ideación suicida tiendan a negar u ocultar dichas cogniciones para evitar intervenciones no deseadas. Por otra parte, las cogniciones tienen carácter transitorio y no están presentes durante todo el día ni todos los días, por lo que pueden no presentarse durante las entrevistas clínicas pero reaparecer en otros contextos. Así mismo algunas personas tienen ciertas dificultades para identificar, y por tanto informar,

sobre diversos eventos privados (como pensamientos, emociones, recuerdos, etc.) (Nock & Banaji, 2007).

Una alternativa a la evaluación tradicional mediante autoinformes es el empleo de tareas implícitas en las cuales se miden los tiempos de reacción de los participantes ante la presencia de diversos estímulos neutros y con contenido específico. Nock y Banaji (Nock & Banaji, 2007) emplearon el SI-IAT, mediante el cual se presentaban estímulos neutros y relacionados con las autolesiones, asociaciones negativas entre las autolesiones y la ausencia de ideación y conductas suicidas; asociaciones positivas aunque pequeñas entre las autolesiones y la ideación suicida; y asociaciones grandes entre las autolesiones y los intentos de suicidio. Así mismo, revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que no reportaban conductas suicidas y los que tenían ideación suicida, así como entre los que habían realizado intentos de suicidio; y entre aquellos que habían realizado intentos de suicidio y los que presentaban ideación suicida. Las puntuaciones en la prueba SI-IAT permitieron clasificar a los adolescentes con una precisión de entre el 74 y el 77% en cada uno de los tres grupos definidos (ausencia de conductas suicidas, presencia de ideación suicida e intentos de suicidio). En relación a la validez predictiva del instrumento, obtuvieron unas OR de 10.63 para la predicción de la ideación suicida, de 10.91 para los intentos de suicidio y de 7.5 para la ideación suicida en el seguimiento a seis meses.

Pese a que los resultados son prometedores, los autores señalaron algunas limitaciones. En primer lugar, en la muestra empleada la mayoría de quienes habían presentado ideación y todos los que habían presentado intentos de suicidio, tenían historia de autolesiones previa, por lo que podría no ser extrapolable a adolescentes sin ella. En segundo lugar, la muestra era relativamente pequeña y fue autoseleccionada. Finalmente, los

estímulos empleados para mostrar autolesiones fueron siempre cortes.

#### 2.4.2.4.3. Resumen factores asociados a ideación suicida

AUTORES	DISEÑO Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	HALLAZGOS
Fergusson, Woodward y Horwood, 2000 (Fergusson et al., 2000)	Longitudinal Población escolar n=965	Entrevista: ausencia o presencia de intentos de suicidio; presencia o ausencia, frecuencia, naturaleza y razones de la ideación	Factores de riesgo: depresión (3.71), acontecimientos vitales estresantes (3.13), ansiedad (1.52), trastorno por uso de sustancias (2.08)
Gould et al., 1998 (Gould et al., 1998)	Transversal descriptivo n=1285 General	Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3)	Los trastornos de conducta se asociaron a la ideación suicida
Madge et al., 2011 (Madge et al., 2011)	Transversal Población escolar n=33.477	Cuestionarios anónimos autoaplicados: presencia/ausencia de pensamientos sobre autolesionarse y presencia/ausencia, momento ocurrencia, frecuencia de los episodios, métodos empleados, motivaciones, búsqueda de ayuda y posible hospitalización tras autolesionarse.	Factores de riesgo: género femenino (OR=1.94), depresión (OR=1.02), ansiedad (OR=1.11), impulsividad (OR=1.06), autoestima (OR=0.89), suicidio o autolesiones de seres cercanos (OR=1.89), dificultades con iguales (OR=1.67), problemas con o entre los padres (OR=1.64), abuso físico o sexual (OR=1.49), problemas académicos (OR=1.41), preocupaciones sobre la orientación sexual (OR=1.40), enfermedad grave de un ser cercano (OR=1.20), acoso escolar (OR=1.19) y problemas con la policía (OR=1.15).
Russell y Joyner, 2001 (Russell & Joyner, 2001)	Transversal Población escolar n= 11.940	Entrevista autoaplicada con equipo de audio: "¿has pensado alguna vez seriamente en suicidarte en los últimos 12 meses?"	Factores de riesgo para la ideación suicida en varones: atracción o relación romántica con alguien del mismo sexo (OR=1.31), desesperanza (OR=1.24), depresión (OR=1.15), abuso de alcohol (OR=1.04), suicidio o intento de suicidio por parte de un familia (OR=2.42), suicidio o intento de suicidio por parte de un amigo (OR=1.91), victimización (OR=1.58) Factores de riesgo para la ideación suicida en mujeres: atracción o relación romántica con alguien del mismo sexo (OR=1.66), desesperanza (OR=1.27), depresión (OR=1.14), abuso de alcohol (OR=1.05), suicidio o intento de suicidio por parte de un familia (OR=1.64), suicidio o intento de suicidio por parte de un amigo (OR=2.41), victimización (OR=1.57)

Tabla 7. Resumen de factores de riesgo asociados a ideación suicida en adolescentes

#### **2.4.3. Relación entre conductas autolesivas suicidas y no suicidas**

Existe una cierta controversia sobre la relación entre las diversas conductas suicidas. Algunos autores sostienen la hipótesis del continuo, según la cual las diferentes conductas autolesivas representarían diversos grados de letalidad. Sin embargo otros, asumen que los motivos de las autolesiones no suicidas y los intentos de suicidio son diferentes. Las autolesiones no suicidas se han entendido como un mecanismo de afrontamiento para regular las emociones, mientras que los motivos de los intentos de suicidio se centran en el deseo de poner fin a la vida o el alejarse o marcharse (Wichstrom, 2009).

Los estudios tanto de casos y controles como prospectivos, convergen en señalar que las conductas autolesivas no suicidas podrían ser predictores independientes de intentos de suicidio en adolescentes, elevando hasta en 60 veces la probabilidad de cometer suicidio (Bridge et al., 2006). Además, aquellos adolescentes que muestran varias conductas autoagresivas (intentos de suicidio y autolesiones sin intención suicida) muestran más errores cognitivos, peor autoestima y peor soporte familiar que aquellos que muestran un único tipo de conducta autoagresiva (Wolff et al., 2013).

En la revisión de Andover y colaboradores (Andover et al., 2012), los autores señalan que hay un grupo significativo tanto de adultos como de adolescentes en cuyas historias personales aparecen ambas conductas, siendo un efecto encontrado tanto en muestras clínicas como en no clínicas. Muestran una concurrencia de historia de autolesiones e intentos de suicidio de entre un 14 y un 70% en muestras clínicas de adolescentes. Además citan el estudio Nock y colaboradores (Nock, Joiner Jr, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006) quienes encuentran que el número de intentos de suicidio aumenta

según aumentan la variedad de métodos y los años en los cuales la persona se ha infligido autolesiones; y el de Jacobson y colaboradores (Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008) en el cual apuntan que los adolescentes con historia de ambas conductas presentan mayor número de episodios de autolesiones que aquellos quienes sólo tienen historia de autolesiones.

Asarnow y colaboradores (Asarnow et al., 2011), hallaron que la prevalencia de intentos de suicidio entre aquellos que tenían historia de autolesiones no suicidas era más del doble que entre aquellos que no tenían historia de autolesiones (37.1% frente a 15.3% respectivamente). Además, la prevalencia de autolesiones no suicidas entre aquellos que tenían historia de intentos de suicidio fue de 59.7% frente a 31.2% en aquellos que no tenían historia de intentos de suicidio. Finalmente en el seguimiento a 24 semanas, el mejor predictor de un intento de suicidio fue la historia previa de autolesiones, no siéndolo la historia de intentos de suicidio previos.

Según señalan Kerr, Muehlenkamp y Turner en un estudio de revisión de 2010, (Kerr et al., 2010) existen evidencias sobre la elevada correlación entre la ideación suicida, las conductas autolesivas no suicidas y suicidas. Los autores señalan investigaciones (Klonsky & Olin, 2008) que determinan que un 40% de las personas que se realizan autolesiones tiene pensamientos sobre el suicidio mientras se infligen el daño y que entre el 50 y el 85% de las personas que se han autolesionado han realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida. Siendo característico de aquellos que pasan a realizar algún intento de suicidio, el tener historias más largas de autolesiones no suicidas así como haber empleado más variedad de métodos, en comparación con quienes no realizan intentos de suicidio (Kerr et al., 2010).

En el estudio de Wilkinson (Wilkinson et al., 2011), el mejor predictor de un intento de suicidio fue la presencia de conductas

autolesivas no suicidas en el mes previo a la evaluación inicial con un riesgo relativo de 2.29.

En otro estudio realizado en China (Tang et al., 2011) con una muestra de 2013 adolescentes y adultos jóvenes procedentes de cinco escuelas de Wuhan, con edades comprendidas entre los 10 y los 24 años, analizaron la asociación entre las conductas autolesivas no suicidas y los intentos de suicidio. La prevalencia de las conductas autolesivas no suicidas fue de 15.5%, la ideación suicida fue de 8.8% y los intentos de suicidio de 3.5%. Los autores concluyeron la presencia de conductas autolesivas no suicidas estaba significativamente asociada a los intentos de suicidio. Incluso en aquellos participantes que no referían ideación suicida, las conductas autolesivas se asociaron con los intentos de suicidio. En un primer modelo, observaron que la ideación suicida incrementaba el riesgo de suicidio con una OR de 16.18. Y tras controlar el efecto de la sintomatología depresiva, de la ideación suicida y de las variables demográficas, las conductas autolesivas no suicidas aumentaban el riesgo de realizar intentos de suicidio, con una OR de 2.35. En un segundo modelo donde comprobaron si la relación entre las autolesiones y los intentos de suicidio variaban en función de presentar o no ideación suicida, observaron que para aquellos que refirieron conductas autolesivas pero no ideación suicida, el riesgo de realizar un intento de suicidio fue de una OR de 5.91, siendo la OR de 3.25 para aquellos que reportaron ideación suicida.

Con respecto a la ideación suicida y su relación con conductas autolesivas suicidas y no suicidas, se ha señalado que aproximadamente un 29% de aquellos que presentan ideación suicida, realizan una transición hasta los intentos de suicidio (Nock et al., 2008). Un estudio realizado en adultos (Baca-Garcia et al., 2011) concluye que el deseo de morir incrementa el riesgo

de conductas suicidas de modo similar a la ideación suicida.

Un estudio longitudinal americano (Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee, & Fitzmaurice, 2006) evaluó a 346 participantes, y comparó las puntuaciones a aquellos que tenían ideación suicida con 15 años con quienes no la presentaban, en diversas medidas tomadas a los 30 años. Encontraron que los participantes que en la adolescencia presentaron ideación suicida tenían, a los 30 años, casi el doble de probabilidades de presentar un trastorno del eje I (OR=1.86; trastornos del ánimo OR=1.59 y trastornos de ansiedad OR=2.56), 15 veces más probabilidades de haber tenido ideación suicida durante los pasados 4 años (OR=15.06) y cerca de 12 veces más probabilidad de haber intentado suicidarse (OR=11.73).

Finalmente, en el estudio de Madge y colaboradores (Madge et al., 2011), tan sólo algunos factores de riesgo (la impulsividad, la historia de autolesiones en personas cercanas, el abuso físico o sexual y las preocupaciones sobre la orientación sexual) distinguían entre aquellos adolescentes que presentaban sólo ideación suicida y aquellos que tenían historia de autolesiones.

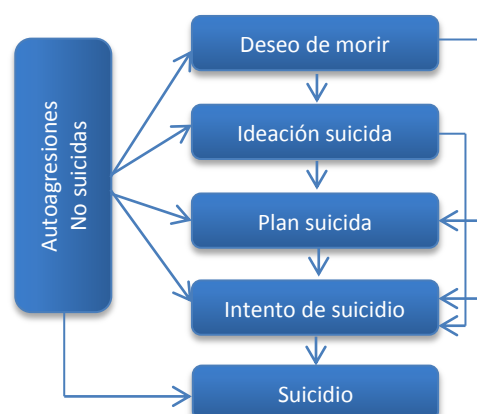


Figura 14. Relación entre conductas autoagresivas

(Modificado de Baca-Garcia et al., 2011)





### **3. OBJETIVOS**

Por el momento, pese a la cantidad de estudios sobre los factores de riesgo, como la psicopatología y los acontecimientos vitales estresantes, asociados a las conductas suicidas en adolescentes de la población general, sólo un escaso número de investigaciones lo han realizado en este grupo de edad en población clínica, siendo aún más infrecuentes en nuestro país.

El presente estudio tiene dos objetivos principales. En primer lugar, determinar la prevalencia y características de las diversas conductas autoagresivas en los adolescentes atendidos en las consultas externas de psiquiatría; en particular, los intentos de suicidio, las autolesiones no suicidas y la ideación autolítica. Y en segundo lugar, esclarecer la relación entre los eventos vitales estresantes, la psicopatología y de la ideación suicida, conducta suicida y conducta autolesiva en los adolescentes que acuden a un centro psiquiátrico ambulatorio especializado.

Los objetivos secundarios son:

- Conocer la prevalencia de los diversos cuadros psicopatológicos en los adolescentes atendidos en un servicio de psiquiatría.
- Conocer la prevalencia de los eventos vitales estresantes en los adolescentes atendidos en un servicio de psiquiatría.



#### **4. HIPÓTESIS**

##### **4.1. Hipótesis principales**

- I. La prevalencia de los intentos de suicidio, las conductas autolesivas no suicidas y la ideación autolesiva será mayor en la población atendida en los servicios de psiquiatría infantil y de la adolescencia que la reportada en la población general
- II. Existe relación entre los acontecimientos vitales estresantes, y los intentos de suicidio, las autolesiones y la ideación suicida en los adolescentes atendidos en salud mental
- III. Existe relación entre la psicopatología y los intentos de suicidio, las autolesiones y la ideación suicida en los adolescentes atendidos en salud mental.
- VII. Una proporción baja de adolescentes habrán sido derivados a salud mental por haberse detectado intentos de suicidio, conductas autolesivas o ideación suicida en atención primaria.
- VIII. La prevalencia de eventos vitales estresantes será mayor en la población atendida en los servicios de psiquiatría infantil y de la adolescencia que la reportada en la población general.
- IX. Existen algunos factores de riesgo específicos para los intentos de suicidio, las autolesiones y la ideación suicida.
- X. El buen funcionamiento familiar será un factor de protección para los intentos de suicidio, las autolesiones y la ideación suicida.

##### **4.2. Hipótesis secundarias**

- IV. La prevalencia de autolesiones e intentos de suicidio será mayor en mujeres que en varones adolescentes atendidos en salud mental.
- V. Las conductas autoagresivas aumentarán según aumenta la edad de los adolescentes atendidos en salud mental
- VI. La presencia de conductas suicidas, conductas autolesivas e ideación suicida no se observará únicamente en pacientes con un grupo diagnóstico específico, sino que se presentará en diversos trastornos psiquiátricos.



## 5. MATERIAL Y MÉTODO

### 5.1. FUNDAMENTOS ÉTICOS

#### 5.1.1. Implicaciones éticas

Esta investigación como las demás, tiene implicaciones éticas, especialmente en el caso de adolescentes y fundamentalmente en el campo del estudio de la vulnerabilidad individual (Hoop, Smyth, & Roberts, 2008). En el momento actual no existen variables o combinaciones de factores ni biológicos, ni psicosociales, con especificidad suficiente para predecir aquellos pacientes adolescentes que desarrollaran conductas suicidas que les pueden llevar a una muerte prematura y que acompañan de gran sufrimiento. Éste es, precisamente el objetivo de la investigación: el reconocimiento de los factores que incrementan o disminuyen el riesgo de presentar conductas suicidas en la adolescencia con el fin de prevenir y tratar de la forma más eficaz posible a estos adolescentes. La investigación pretende, de este modo mejorar las bases de la intervención clínica sobre el paciente adolescente.

#### 5.1.2. Consentimiento informado

En el presente estudio los participantes fueron reclutados tras informarles a ellos y a sus familias o representantes legales del estudio en cuestión. Los padres o representantes legales de los participantes firmaron el consentimiento informado, previamente aprobado por el comité de ética de la Fundación Jiménez Díaz.

#### 5.1.3. Confidencialidad

Los protocolos de evaluación y la base de datos fueron manipulados exclusivamente por los estadísticos, médicos y psicólogos que participaron en este estudio. Los pacientes se identificaron con un código, para no usar los nombres de los sujetos ni

en la evaluación mediante cuestionarios ni en los procedimientos estadísticos. Los datos se almacenaron en un archivo informático protegido con un código de seguridad al que sólo tuvieron acceso los investigadores del estudio. Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la Fundación Jiménez Díaz.

### 5.2. DISEÑO

Los diseños de las investigaciones se podrían clasificar sobre la base de tres criterios (Kramer & Boivin, 1987):

- Direccionalidad, es decir, el orden en el que la exposición y el resultado son investigados. Pudiendo ser prospectivos, retrospectivos o simultáneos.
- Según el criterio de selección de la muestra
- Temporalidad o relación entre el momento de estudio y el momento de la exposición y resultado. Pudiendo ser históricos, concurrentes o mixtos.



Figura 15. Taxonomía de los estudios

De acuerdo con dicha clasificación el presente estudio es observacional analítico transversal de direccionalidad simultánea y temporalidad concurrente.

### 5.3. POBLACIÓN

Se reclutó a los participantes en la unidad de consultas externas de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Fundación Jiménez Díaz, desde el 1 de noviembre de 2011 hasta el 31 de octubre de 2012.

Aquellos pacientes que tenían menos de 11 años, más de 18 años y/o dificultades en la capacidad para comprender los cuestionarios empleados en el estudio fueron excluidos.

De todos los adolescentes evaluados, 318 cumplían criterios de inclusión para el estudio. De ellos 51 (16.04%) rechazaron participar o no entregaron los cuestionarios cumplimentados. Por tanto, la muestra final estuvo compuesta por 267 (83.96%) participantes.

Se realizó un análisis para determinar las características diferenciales de los participantes y de aquellos que no lo hicieron. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas ni en la distribución por sexos ( $\chi^2=1.237$ ,  $gl=1$ ,  $p=0.266$ ), ni en la edad media ( $t=0.443$ ,  $gl=82.27$ ,  $p=0.659$ ), ni en los diagnósticos ( $\chi^2=7.149$ ,  $gl=5$ ,  $p=0.210$ ) de los adolescentes.

		Participantes	No participantes
		M (DT)	M (DT)
Edad		14.22 (1.94)	14.33 (1.57)
		N (%)	N (%)
Sexo	Varones	173 (64.79%)	29 (56.86%)
	Mujeres	94 (35.2%)	22 (43.14%)
Diagnóstico	Ninguno	10 (3.8%)	1 (1.9%)
	Conducta	180 (68.4%)	31 (62%)
	Emocionales	20 (7.6%)	3 (5.9%)
	Ansiedad	30 (11.4%)	11 (21.6%)
	Alimentación	12 (4.6%)	4 (7.8%)
	Otros	11 (4.2%)	1 (2%)

**Tabla 8. Comparación de participantes y no participantes**

### 5.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo sistemático para cada una de las variables estudiadas. Se determinó la prevalencia vida para las diferentes

conductas autoagresivas. Se analizaron las diferencias entre varones y mujeres.

En segundo lugar se realizó un análisis de los factores de riesgo y protección para los pensamientos y actos suicidas siguiendo la metodología empleada en estudios similares (Zhang et al., 2012).

Para ello se dividió a los sujetos en tres grupos sobre la base de las conductas evaluadas. Así pues se establecieron los siguientes grupos:

- grupo control, compuesto por quienes afirmaron ausencia de pensamientos o actos autoagresivos
- grupo de ideación suicida, formado por aquellos quienes reportaron algún tipo de ideación o plan relacionado con el suicidio
- grupo de conductas suicidas compuesto por aquellos quienes reportaron haber realizado intentos de suicidio

Se emplearon análisis de regresión logística univariados para comprobar el impacto de cada una de las variables en las conductas suicidas. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas (edad, sexo, etnia, convivencia, nivel de estudios de los padres), antecedentes personales y familiares, acontecimientos vitales estresantes y clínicas (ira, depresión, funcionamiento familiar, síntomas emocionales, problemas de conducta, relación con iguales, gravedad de la sintomatología, evolución y nivel de funcionamiento). Posteriormente se realizaron análisis de regresión logística multivariados para establecer la naturaleza y la magnitud de la asociación entre las diferentes variables y las conductas suicidas, determinando así factores de riesgo y/o protección independientes para la ideación suicida y los intentos de suicidio, controlando el efecto de los demás factores.

En tercer lugar, se realizó un análisis similar siguiendo la misma metodología para estudiar los factores de riesgo y protección asociados a los pensamientos autoagresivos y autolesiones no suicidas.

Para ello se dividió a los sujetos en tres grupos sobre la base de las conductas estudiadas:

- grupo control, compuesto por quienes afirmaron ausencia de pensamientos o actos autoagresivos
- grupo de pensamientos autoagresivos, formado por aquellos quienes reportaron algún tipo de ideación autoagresiva sin intención suicida
- grupo de autolesiones compuesto por aquellos quienes reportaron haberse infligido autolesiones sin intención suicida

Se emplearon análisis de regresión logística univariados para comprobar el impacto de cada una de las variables en las conductas autolesivas. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas (edad, sexo, etnia, convivencia, nivel de estudios de los padres), antecedentes personales y familiares, acontecimientos vitales estresantes y clínicas (ira, depresión, funcionamiento familiar, síntomas emocionales, problemas de conducta, relación con iguales, gravedad de la sintomatología, evolución y nivel de funcionamiento). Posteriormente se realizaron análisis de regresión logística multivariados para establecer la naturaleza y la magnitud de la asociación entre las diferentes variables y las conductas autolesivas, determinando así factores de riesgo y/o protección independientes para la ideación suicida y los intentos de suicidio, controlando el efecto de los demás factores.

## 5.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

A continuación se describen los cuestionarios y entrevistas empleados en la medición de las variables del estudio. (Se pueden consultar en el ANEXO PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS).

VARIABLE	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	CUMPLIMENTACIÓN
Conductas suicidas	SITBI	Adolescente
Acontecimientos vitales estresantes	Escala de acontecimientos vitales estresantes	Adolescente
Funcionamiento familiar	APGAR Family	Adolescente
Ira	STAXI-NA	Adolescente
Depresión	CDI	Adolescente
Síntomas emocionales	SDQ	Adolescente y Padres
Problemas de conducta	SDQ	Adolescente y Padres
Hiperactividad	SDQ	Adolescente y Padres
Problemas de relación con iguales	SDQ	Adolescente y Padres
Conducta positiva de socialización	SDQ	Adolescente y Padres
Sociodemográficos	Protocolo	Padres
Antecedentes médicos y psiquiátricos	Protocolo	Padres
Historia de escolarización	Protocolo	Padres
Diagnóstico y tratamiento	Protocolo	Clínico
Severidad y evolución	CGI-S	Clínico
Nivel de funcionamiento	C-GAS	Clínico
Motivo de consulta	Historia clínica	Clínico

**Tabla 9. Variables estudiadas e instrumentos de medición**

### 5.5.1. Cumplimentados por los adolescentes

A continuación se muestran las diversas escalas clínicas empleadas para la recogida de información acerca de la sintomatología clínica del paciente, del funcionamiento familiar y de los acontecimientos vitales estresantes.

#### SITBI

La Escala de Pensamientos y Conductas Suicidas es una adaptación española (García-Nieto, Blasco-Fontecilla, Paz Yepes, & Baca-García, 2012) del Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview original de Nock y colaboradores (M. K. Nock, Holmberg, Photos, & Michel, 2007). Se



trata de un cuestionario clínico estructurada compuesta por 169 ítems divididos en 5 módulos que evalúan los siguientes aspectos para cada tipo de conducta suicida: la edad de inicio, la frecuencia, el método y la severidad. Las conductas suicidas evaluadas son: Intento de suicidio, Ideación suicida, Gestos suicidas y Conductas autolesivas. Cada módulo comienza con una pregunta de cribado sobre la presencia o ausencia de cada conducta. En caso de responder afirmativamente se continúa con la administración del módulo, en caso negativo se pasa al siguiente. Así mismo se evalúa la función que cumple para el paciente cada conducta examinada, clasificándolas en regulación emocional y comunicación con otras personas. La entrevista también evalúa los desencadenantes, dolor experimentado, consumo de alcohol o drogas asociado, impulsividad e influencia del entorno. Este último aspecto es especialmente importante en el caso de los adolescentes, ya que con frecuencia tienden a imitar las conductas de las personas que les rodean.

La fiabilidad entre examinadores reveló niveles de acuerdo muy elevados, que oscilaron entre  $k=0.90$  y  $1$ . La fiabilidad test-retest osciló entre  $0.47$  y  $0.87$  para las diversas conductas suicidas. En relación a la validez de constructo se obtuvieron niveles de acuerdo elevados oscilando entre  $0.65$  en el caso del método utilizado y  $0.99$  en el de la presencia de ideación, planes e intentos de suicidio. Así mismo la concordancia con respecto a los gestos de suicidio y al método empleado fueron ligeramente inferiores ( $k=0.78$  y  $0.65$  respectivamente).

#### **ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES**

La Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez-Queija, 2008) es un inventario consistente en un listado de 29 sucesos negativos (en el contexto de la familia, la escuela o grupo de iguales) en relación a

uno mismo y a personas significativas. Los acontecimientos vitales estresantes incluidos son: divorcio o separación de los padres; conflictos en la familia; problemas con los padres por la elección vocacional; nuevo emparejamiento de los padres; cambio de domicilio; dificultades económicas; muerte, accidente o enfermedad grave de un familiar o amigo; traslado de algún familiar a casa; marcha de la casa de algún familiar; problemas de adicción de algún familiar o amigo; cambio de centro de estudios o de trabajo; problemas con los compañeros; desempleo o malas condiciones de trabajo; dificultades importantes con los estudios; problemas importantes con profesores o jefes; problemas y dificultades en el área sexual; muerte, accidente o enfermedad de pareja o amigo; ruptura de relación de pareja; infidelidad en la pareja; conflictos importantes con la pareja; bronca o ruptura con mejor amigo; engaño o traición de los amigos; peleas o conflictos importantes con conocidos; aislamiento, rechazo o ridiculizaciones frecuentes; embarazo propio o de la pareja; víctima de algún delito; enfermedad o accidente propio; problemas con la justicia y problemas con las adicciones.

Se trata de un instrumento autoaplicable en el cual los adolescentes señalan si cada uno de los sucesos mostrados estuvieron presentes (puntuación 1) o ausentes (puntuación 0) en los últimos tres años y cuántas veces ocurrieron. Siendo la puntuación total la suma de la presencia o ausencia de los 29 ítems. Así mismo, se evalúa el impacto emocional que cada uno de los sucesos ocurridos ha podido tener, puntuando en una escala de 1 a 10, siendo la suma de los ítems la puntuación total.

Para realizar los análisis estadísticos se establecieron las siguientes variables:

- AVE total: número total de acontecimientos vitales estresantes sufridos por cada adolescente

- AVE impacto: impacto medio de los diferentes acontecimientos vitales estresantes vividos por cada adolescente
- AVE > 8: se generó una variable dicotómica sobre la base de un criterio estadístico (último cuartil) para dividir a los adolescentes con mayor acumulación de acontecimientos vitales estresantes y con menor acumulación

#### APGAR FAMILY

El cuestionario Apgar-familiar, original de Smilkestein (Smilkestein, 1978) y validado en población española por Bellón Saamero y colaboradores (Bellón Saamero, Delgado Sanchez, Luna del Castillo, & Lardelli Claret, 1996) permite explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnership*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad de resolución de problemas (*resolve*).

El cuestionario evalúa dichos componentes mediante cinco preguntas:

- ¿estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes problemas?
- ¿conversáis entre vosotros los problemas que tienes en casa?
- ¿las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
- ¿estás satisfecho con el tiempo que tu familia y tú pasáis juntos?
- ¿sientes que tu familia te quiere?

Cada una de las preguntas se responde según el grado de acuerdo: casi nunca (puntuación 0), a veces (puntuación 1) o casi siempre (puntuación 2). El cálculo

total se obtiene sumando la puntuación de los cinco ítems. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 10.

Finalmente, en relación a las propiedades psicométricas se ha encontrado una consistencia interna de 0.84. Las correlaciones intraclase de los cinco ítems fueron superiores a 0.55. La correlación ítem escala varió de 0.61 a 0.71 (Bellón Saamero et al., 1996).

En los análisis estadísticos se emplearon dos variables:

- APGAR: puntuación total.
- APGAR categorías: se emplearon las categorías del cuestionario para clasificar el funcionamiento familiar, teniendo en cuenta que una puntuación entre 0 y 3 se considera una severa disfuncionalidad familiar, entre 4 y 7 disfuncionalidad moderada y entre 8 y 10 una buena funcionalidad familiar

#### STAXI-NA

El Inventario de Expresión de Ira, Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes, original de Spielberger (Spielberger, 1988) y adaptado a la población española infantil y adolescente posteriormente (Del Barrio, Spielberger, & Aluja, 2005), permite evaluar la ira en población infantil y adolescente. Consta de 32 elementos que componen las siguientes subescalas: Ira estado, (sentimiento, expresión verbal y expresión física), Ira rasgo (temperamento y reacción de ira), Expresión interna de ira, Expresión externa de ira, Control de ira y Control externo de ira. Para la valoración de la Ira estado se emplea una escala tipo likert con tres puntos: poco, bastante y mucho. En los elementos de las escalas Ira rasgo, Expresión de ira y Control de ira se emplea una escala de frecuencia: casi nunca, a veces, casi siempre. El rango total

de puntuaciones de la prueba oscila entre 32 y 96 puntos.

Los índices de consistencia interna alfa oscilan entre 0.53 y 0.81 para las diversas dimensiones. La fiabilidad test-retest, habiéndose obtenido para la mayoría de las correlaciones significación estadística a excepción de Sentimiento de ira, Ira estado, Control externo de ira y Control de ira total. Se han establecido correlaciones significativas con diversos instrumentos validados para asegurar la validez convergente y discriminante del STAXI-NA.

Para los análisis estadísticos se emplearon las siguientes variables:

- STAXI-NA: se determinaron los percentiles de cada escala
- STAXI-NA categorías: se generaron variables categoriales sobre la base de un criterio clínico y estadístico para clasificar a los adolescentes en tres grupos: baja puntuación (percentil menor de 85), puntuación media (entre el percentil 85 y el 95) y puntuación elevada (por encima del percentil 95).

## CDI

El Inventario de Depresión Infantil, original de Kovacs (Kovacs, 1985) y adaptado en España por Del Barrio y colaboradores (Del Barrio, Roa, Olmedo, & Colodron, 2002) es un cuestionario formado por 27 ítems en los cuales se enuncian tres frases que recogen distinta intensidad o frecuencia. El contenido de los ítems recoge la mayor parte de los síntomas que forman los criterios para el diagnóstico de depresión infanto-juvenil, cognitivos, afectivos y conductuales. El CDI evalúa dos escalas: la disforia y la autoestima negativa.

En relación a las características psicométricas, la versión publicada por TEA (Del Barrio & Carrasco, 2004) muestra una consistencia interna de 0.80 y fiabilidad

test-retest de 0.38. Señalan, además diversas correlaciones que apuntan a una compacta validez de constructo.

En los análisis estadísticos se emplearon las siguientes variables:

- CDI: puntuación total transformada en percentiles para cada escala.
- CDI categorial: se generó una variable dicotómica para cada escala sobre la base del punto de corte establecido en el manual (Percentil 85), para dividir las puntuaciones con significación clínica (a partir del percentil 85) y sin ella (hasta el percentil 85).

## SDQ

El Cuestionario de capacidades y dificultades, original de (Goodman, 1997), dispone de una versión en castellano para padres (SDQP) y otra para adolescentes (SDQA) (Marzocchi et al., 2004). Se trata de un test de cribado compuesto por 25 ítems, agrupados en cinco grupos según hagan referencia a síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización. Se administró también el suplemento que valora el impacto de los síntomas, la cronicidad, el estrés que origina, el deterioro social y la carga para otros.

En los análisis estadísticos se emplearon los puntos de corte establecidos para la versión en castellano de cada una de las escalas (disponible en <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Spanish>):

- SDQA-Síntomas emocionales: igual o mayor de 7 puntos
- SDQA-Problemas de conducta: igual o mayor de 5 puntos
- SDQA-Hiperactividad: igual o mayor de 7 puntos

- SDQA-Problemas con compañeros: igual o mayor de 6 puntos
- SDQA-Conducta prosocial: igual o menor de 4 puntos
- SDQA-Total: igual o mayor de 20 puntos
- SDQP-Síntomas emocionales: igual o mayor de 6 puntos
- SDQP-Problemas de conducta: igual o mayor de 5 puntos
- SDQP-Hiperactividad: igual o mayor de 9 puntos
- SDQP-Problemas con compañeros: igual o mayor de 5 puntos
- SDQP-Conducta prosocial: igual o menor de 6 puntos
- SDQP-Total: igual o mayor de 20 puntos

#### 5.5.2. Complimentados por los padres

Se diseñó específicamente un protocolo de evaluación para la recogida de datos sociodemográficos tanto del adolescente como de su familia, antecedentes médicos y psiquiátricos personales y familiares e historia de escolarización. Además se administró la versión para padres del SDQ, descrito anteriormente.

#### 5.5.3. Complimentados por el clínico

El clínico que atendió a cada paciente indicaba:

- diagnósticos del adolescente
- tratamiento que seguía (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, servicios sociales, derivación a otro centro o alta)

- tipo de terapia: psicofarmacológica, psicológica o sin necesidad de tratamiento.

Así mismo se evaluó la severidad de la sintomatología que presentaba y el grado de funcionamiento global que mostraba.

#### CGI-S

La *Clinical Global Improvement Severity Subscale* (Guy, 1976) proporciona una medida de la severidad de la sintomatología que presenta un paciente. La traducción al castellano de esta escala, Impresión Clínica Global, subescala de Gravedad de la enfermedad, permite al clínico valorar la gravedad de la enfermedad en el momento actual, permitiendo registrar las siguientes posibilidades: no evaluado; normal, no enfermo; dudosamente enfermo; levemente enfermo; moderadamente enfermo; marcadamente enfermo; gravemente enfermo o entre los pacientes más extremadamente enfermos.

#### C-GAS

La *Child Global Assessment Scale* (Shaffer et al., 1983) es una escala numérica que valora el funcionamiento general en las dos últimas semanas, de los menores de 18 años. Se empleó una traducción al castellano. Se considera la actividad psicológica y social a lo largo de un continuo hipotético salud-enfermedad. Se excluyen las alteraciones en la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales. El registro se lleva a cabo mediante 10 categorías descriptivas de funcionamiento, aunque se permite el empleo de códigos intermedios cuando resulta apropiado (1 a 100).

En los análisis estadísticos se emplearon dos variables:

- C-GAS: puntuación total
- C-GAS dicotómica: se generó una variable dicotómica con punto de

corte en 61 puntos, según lo establecido en la literatura previa (Costello et al., 1996; Shaffer, Fisher, et al., 1996)

#### **MOTIVO DE CONSULTA**

Finalmente, se revisaron las historias clínicas de los adolescentes para establecer el motivo inicial de derivación a salud mental y así poder determinar en qué casos se había detectado algún tipo de pensamiento o conducta autoagresiva.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

A continuación se describen las características sociodemográficas, las conductas autoagresivas, los acontecimientos vitales estresantes, las variables psicológicas y clínicas y los antecedentes de los 267 pacientes adolescentes que participaron en el estudio.

#### 6.1.1. Sociodemográficos

##### 6.1.1.1. EDAD Y SEXO

La primera variable a estudio es el sexo, la distribución fue 173 varones (64.8%, IC 95% 58.9-70.3) frente a 94 mujeres. (35.2%, IC 95% 29.7-41.1)

En el análisis de la edad de los participantes observamos que la media fue de 14.2 (1.9). Siendo de 14.1 (1.9) años en los varones, frente a 14.4 (2) años en el caso de las mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas.

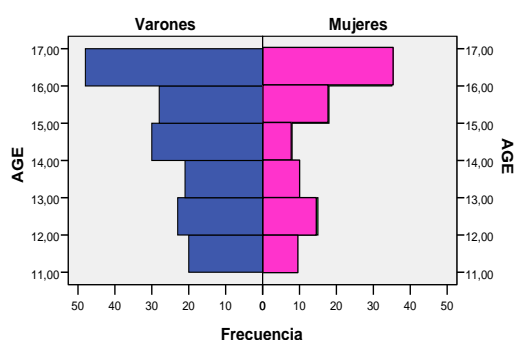


Figura 16. Pirámide poblacional

##### 6.1.1.2. PAÍS DE ORIGEN

Con respecto al país de origen de los adolescentes observamos que España fue el país de origen mayoritario con un 83.9% (IC 95% 79.0-87.8). Hispanoamérica fue el país de origen del 5.6% (IC 95% 3.4-9.0). El Magreb fue el país de origen del 0.7% (IC

95% 0.02-2.7). Un 8.2% (IC 95% 5.5-12.2) habían nacido en otros países. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres.

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Europeos	150(86.7)	74(78.7)	224(83.9)
Extranjeros	21(12.1)	18(19.1)	39(14.5)
NS/NC	2(1.2)	2(2.1)	4(1.5)

Tabla 10. País de origen

##### 6.1.1.3. ADOPCIÓN

Un 7.1% (IC 95% 4.6-10.8) de los adolescentes estudiados fueron adoptados frente al 90.3% (IC 95% 86.1-93.3) que no lo fueron. No hubo diferencias estadísticamente significativas en función del sexo.

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Sí	9(5.2)	10(10.6)	19(7.1)
No	158(91.3)	83(88.3)	241(90.3)
NS/NC	6(3.5)	1(1.1)	7(2.6)

Tabla 11. Adopción

##### 6.1.1.4. CONVIVENCIA

La convivencia más frecuente fue con la familia de origen en el 87.6% (IC 95% 83.1-91.1) de los casos estudiados. Un 7.1% (IC 95% 4.6-10.8) convivía con su familia adoptante, un 1.9% (IC 95% 0.8-4.3) vivían en alguna institución y un 1.1% (IC 95% 0.4-3.2) con otros familiares. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres.

	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Familia de origen	155(89.6)	79(84)	234(87.6)
Familia adoptante	9(5.2)	10(10.6)	19(7.1)
Familiares	3(1.7)	0(0)	3(1.1)
Institución	2(1.2)	3(3.2)	5(1.9)
Múltiple	1(0.6)	1(1.1)	2(0.7)
Otro	1(0.6)	0(0)	1(0.4)
NS/NC	2(1.2)	1(1.1)	3(1.1)

Tabla 12. Convivencia

##### 6.1.1.5. ESCOLARIZACIÓN

Un 43.4% (IC 95% 38.0-49.8) de los adolescentes habían repetido al menos un curso académico. Siendo la proporción de mujeres y varones muy similar, 41.5% (IC 95% 32.1-51.6) y 44.5% (IC 95% 37.3-51.9)

.respectivamente; no habiéndose hallado diferencias estadísticamente significativas.

	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
4 Primaria	1 (0.6)	1 (1.1)	2 (0.7)
5 Primaria	12 (6.8)	4 (4.3)	16 (6)
6 Primaria	25 (14.5)	12 (12.8)	37 (13.9)
1 ESO	34 (19.7)	20 (21.3)	54 (20.2)
2 ESO	29 (16.8)	15 (16)	44 (16.5)
3 ESO	25 (14.5)	14 (14.9)	39 (14.6)
4 ESO	20 (11.6)	15 (16)	35 (13.1)
1 Bachillerato	12 (6.9)	4 (4.3)	16 (6)
2 Bachillerato	11 (6.4)	4 (4.3)	15 (5.6)
FP	1 (0.6)	2 (2.1)	3 (1.1)
PCPI	1 (0.6)	2 (2.1)	3 (1.1)

Tabla 13. Nivel educativo

#### 6.1.1.6. NIVEL EDUCATIVO DE LA FAMILIA

A continuación se muestra el nivel educativo de las familias de los adolescentes participantes. Un 2.6% (IC 95% 0.7-4.5) de los padres refirieron no tener estudios. El 15.7% (IC 95% 11.3-20) tenían estudios básicos, un 29.6% (IC 95% 24.1-35.1) hasta la secundaria y un 33.3% (IC 95% 27.6-38.9) habían realizado estudios universitarios. La distribución fue similar en varones y mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas.

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Sin estudios	4(2.3)	3(3.2)	7(2.6)
Básica	28(16.2)	14(14.9)	42(15.7)
Secundaria	46(26.6)	33(35.1)	79(29.6)
Universitarios	63(36.4)	26(27.7)	89(33.3)
NS/NC	32(18.5)	18(19.2)	50(18.7)

Tabla 14. Nivel educativo del padre

Respecto al nivel educativo de las madres de los adolescentes observamos que el 4.1% (IC 95% 1.7-6.5) no disponen de estudios, el 17.6% (IC 95% 13-22.2) habían cursado estudios básicos, el 32.2% (IC 95% 27.5-38.8) secundarios y el 42.3% (IC 95% 36.4-48.2) estudios universitarios. Tampoco en este caso se hallaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo de los adolescentes.

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Sin estudios	8(4.6)	3(3.2)	11(4.1)
Básica	30(17.3)	17(18.1)	47(17.6)
Secundaria	61(35.3)	25(26.6)	86(32.2)
Universitarios	67(38.7)	46(48.9)	113(42.3)
NS/NC	7(4)	3(3.2)	10(3.7)

Tabla 15. Nivel educativo de la madre

#### 6.1.1.7. NIVEL ECONÓMICO DE LA FAMILIA

A continuación se muestra el nivel económico referido por las familias, el 2.6% (IC 95% 1.3-5.3) refieren tener ingresos menores de 500 euros/mes, el 18.7% (IC 95% 14.5-23.8) entre 500 y 1000 euros/mes, un 12.4 (IC 95% 8.9-16.8) de 1500 a 2000 euros/mes, el 17.6% (IC 95% 13.5-22.6) entre 2000 y 2500 euros/mes y el 23.6% (IC 95% 18.9-29)

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
<500 e	3(1.7)	4(4.3)	7(2.6)
500-1000 e	32(18.5)	18(19.1)	50(18.7)
1500-2000 e	19(11)	14(14.9)	33(12.4)
2000-2500 e	32(18.5)	15(16)	47(17.6)
>2500 e	37(21.4)	26(27.7)	63(23.6)
NS/NC	50(28.9)	17(18.1)	67(25.1)

Tabla 16. Nivel económico de la familia

#### 6.1.2. Conductas autoagresivas

##### 6.1.2.1. PREVALENCIA VIDA

Las conductas suicidas fueron valoradas mediante la aplicación de la SITBI. En la muestra estudiada el 20.6% (IC 95% 16.2-25.8) habían presentado ideación suicida a lo largo de su vida; el 2.2% planificación suicida (IC 95% 1-4.8); el 22.8% (IC 95% 18.2-28.2) pensamientos sobre realizarse autolesiones; el 21.7% (IC 95% 17.2-27) se habían infligido autolesiones; el 9.4% (IC 95% 6.4-13.5) había realizado algún gesto suicida y el 4.5% (IC 95% 2.6-7.7) había intentado suicidarse. Se hallaron diferencias con significación estadística entre varones y mujeres en la ideación suicida ( $\chi^2=9.623$ ; gl=1; p=0.002), la planificación suicida ( $\chi^2=6.055$ ; gl=1; p=0.014) y los intentos de suicidio ( $\chi^2=12.841$ ; gl=1; p<0.001).

En total un 47.6% de los adolescentes estudiados refirieron haber experimentado a lo largo de su vida al menos una de las conductas autoagresivas. De ellos, el 52,7% puntuaron positivo en una sola de las conductas estudiadas, el 25.2% en dos de ellas, el 15% en tres, y el 7.1% en cuatro o más. La comorbilidad más prevalente fue el haber tenido ideación suicida y haberse



realizado autolesiones sin intención suicida, habiéndose producido en un 10.1% de los adolescentes, es decir, el 46,5% de aquellos que se autolesionaron tenían además ideación suicida. Todos los adolescentes que habían intentado suicidarse (4.5%) señalaron además haber tenido ideación suicida, y la mitad señalaron haberse autoinfligido lesiones sin intención suicida. La prevalencia comórbida de gestos suicidas y autolesiones sin intención suicida fue de 5.2% frente al 1.1% hallado para los gestos suicidas y los intentos de suicidio; es decir, de todos los adolescentes que realizaron gestos suicidas, el 12% intentaron suicidarse; frente al 56% que se realizaron autolesiones.

La edad media de aparición del primer episodio de ideación suicida fue de 11.2 (3.9) años. El primer episodio de planificación suicida apareció de media a los 13.6 (1.7) años. Los pensamientos sobre autolesionarse aparecieron por primera vez a la edad media de 11.4 (2.8) años. El primer episodio de autolesiones ocurrió de media a los 10.6 (3.6) años. El primer gesto suicida apareció de media a los 11.7 (2.6) años. Finalmente el primer intento de suicidio ocurrió de media a los 13.1 (2.9) años. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres.

Respecto al consumo de alcohol y otras drogas, de los adolescentes estudiados que presentaron algún tipo de conducta suicida, sólo tres de ellos (1.1%; IC 95% 0.4-3.2) refirieron haber consumido sustancias en el momento de tener ideación suicida, haber realizado un gesto suicida o haber intentado suicidarse. No se hallaron diferencias clínicas significativas a excepción de un menor número de episodios de ideación suicida, gestos de suicidio e intentos de suicidio entre aquellos que consumieron tóxicos durante dichas conductas, en comparación con la media de episodios hallada en la muestra

total tanto para ideación suicida, como para gestos e intentos de suicidio.

Los adolescentes señalaron una frecuencia media de 14.7 (22.3) episodios de ideación suicida a lo largo de su vida. Los varones tuvieron de media 20.2 (26.8) episodios, frente a los 9.9 (16.7) de las mujeres, no siendo una diferencia estadísticamente significativa. Los adolescentes valoraron la probabilidad de nueva ocurrencia de la ideación suicida en una escala de 0 a 4, habiendo puntuado de media 1.3 (1.4). En relación a la severidad de la ideación, en una escala de 0 a 4, la valoraron de media en 2.1 (1.1).

La frecuencia de aparición de planificación suicida fue de 1.2 (0.5) episodios. Los adolescentes valoraron la probabilidad media de nueva ocurrencia de un plan suicida en 1.8 (1.5) en una escala de 0 a 4. La severidad de la planificación fue de 2.2 (1.6) de media en una escala de 0 a 4. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres.

Con respecto a los pensamientos sobre autolesionarse, se obtuvo una media de 28 (22.5) episodios a lo largo de la vida de los adolescentes. Los participantes puntuaron de media 1,8 (1.5), en una escala de 0 a 4, la probabilidad de ocurrencia futura de dichos pensamientos. La severidad de los pensamientos fue de 2.7 (1.4) de media en una escala de 0 a 4. No se hallaron diferencias con significación estadística entre hombres y mujeres.

Los episodios de autolesiones tuvieron una frecuencia media de 24.2 (35.7) a lo largo de la vida. La valoración media de la probabilidad de nueva ocurrencia fue 1.5 (1.4) en una escala de 0 a 4. El método más frecuentemente empleado fue el golpearse a sí mismo (70.7%) y realizarse cortes (25.9%), habiendo referido más de un método el 90.2% de los adolescentes. Prácticamente todos aquellos que se infligieron autolesiones lo hicieron de

modo impulsivo, con una planificación de menos de una hora.

hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres.

En relación a los métodos para autolesionarse referidos por los adolescentes, encontramos que el golpearse a uno mismo fue el más frecuente, llegando a ser el método empleado en un 70.7% (IC 95% 58-80.8) de los casos, seguido de los cortes (25.9%; IC 95% 16.3-38.4), el hurgar en las heridas (13.8%, IC 95% 7.2-24.9), morderse (12.1%; IC 95% 6-22.9), pellizcarse hasta hacerse sangre (6.9%; IC 95% 2.7-16.4), quemarse la piel (3.4%; IC 95% 0.9-11.7), arrancarse el pelo (1.7%; IC 95% 0.3-9.1) y hacerse un tatuaje uno mismo (1.7%; IC 95% 0.3-9.1). Con respecto a las diferencias entre sexos, los varones señalaron en el 80.5% (IC 95% 64.9-90.2) el método de golpearse a sí mismos frente al 54.5% (IC 95% 34.7-73.1) de las mujeres; siendo en ambos casos el método más frecuentemente empleado, seguido de los cortes (25% en varones IC 95% 13.7-41.1; y 27.2% en mujeres IC 95% 13.1-48.1). El 74.6% (IC 95% 62.2-83.9) de los adolescentes que se autolesionaron habían empleado un único método. El 6.8% (IC 95% 2.7-16.2) de quienes se habían autolesionado llegaron a requerir atención médica por la gravedad de las lesiones. Tan sólo un adolescente refirió haber pensado en autolesionarse durante al menos un día antes de hacerlo, el resto lo pensaron durante menos de una hora de planificación previa.

Los gestos suicidas obtuvieron una frecuencia media de 5 (5.9) episodios a lo largo de la vida de los adolescentes. Los participantes puntuaron de media 1 (1.3), en una escala de 0 a 4, la probabilidad de ocurrencia futura de dicha conducta. Sin diferencias estadísticamente significativas en función del sexo.

Los adolescentes que intentaron quitarse la vida lo hicieron una media de 3.2 (6.8) ocasiones. La probabilidad de volver a realizar un intento de suicidio, en una escala de 0 a 4, valorada por los adolescentes fue de 1.2 (1.4). No se

	Prevalencia vida						Edad de aparición		
	N	Varones % (IC95%)	N	Mujeres % (IC95%)	N	Total % (IC95%)	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	Total M (DT)
Ideación suicida	26	15 (10.5-21.1)	29	30.9 (22.4-40.8)	55	20.6 (16.2-25.8)	10.4 (3.8)	11.9 (3.8)	11.2 (3.9)
Plan suicida	1	0.6 (0.1-3.2)	5	5.3 (2.3-11.8)	6	2.2 (1-4.8)	14	13.5 (1.9)	13.6 (1.7)
Pensamientos autolesiones	43	24.9 (19-31.8)	18	19.1 (12.5-28.2)	61	22.8 (18.2-28.2)	11.4 (2.7)	11.5 (3.2)	11.4 (2.9)
Autolesiones	36	20.8 (15.4-27.5)	22	23.4 (16-32.9)	58	21.7 (17.2-27)	10.9 (3.3)	10.1 (4.1)	10.6 (3.6)
Gesto suicida	18	10.4 (6.7-15.8)	7	7.4 (3.6-14.6)	25	9.4 (6.4-13.5)	11.2 (2.3)	13 (3.2)	11.7 (2.6)
Intento de suicidio	2	1.2 (0.3-4.1)	10	10.6 (5.9-18.5)	12	4.5 (2.6-7.7)	13.5 (2.1)	13 (3.2)	13.1 (2.9)
Total: 267									
Autoagresiones: 127									
Ausencia de autoagresiones: 140									

Tabla 17. Conductas autoagresivas: Prevalencia y edad de aparición

Las prevalencias en los diferentes grupos de edad se pueden observar en la tabla 19. Respecto a la ideación suicida observamos que en el rango de edad de los 13 a los 14 años se detecta una prevalencia igual a la media (20.6%) a partir de esa edad observamos un aumento tanto para el rango de edad de los 15 a los 16, llegando al 4.3%. Los pensamientos autoagresivos superan la prevalencia media (22.8%) a partir de los 13-14 años llegando al 25%, e incrementando en los siguientes rangos de edad. Las autolesiones sin intención suicida superan la prevalencia media (21.7%) en el rango de edad de 15 a 17 años, llegando hasta el 32.4%. Los gestos suicidas superan igualmente la prevalencia media (9.4%) a los 15-16 años llegando a la máxima frecuencia (14%). Finalmente los intentos de suicidio muestran la prevalencia más elevada a los 15-16 años, llegando al 8.6%.

	11-12 años	13-14 años	15-16 años	17 años
Ideación	11.8%	20.6%	21.5%	35.1%
Plan	1.5%	1.5%	4.3%	0
Pensamientos	22.1%	25%	28%	27%
Autolesiones	14.7%	19.1%	23.7%	32.4%
Gestos	5.9%	5.9%	14%	10.8%
Intentos	1.5%	1.5%	8.6%	5.4%

**Tabla 18. Prevalencia de conductas autoagresivas por grupos de edad**

Finalmente al analizar la distribución de las conductas autoagresivas según los diagnósticos observamos que ninguna agrupación diagnóstica contiene todas las conductas suicidas. La ideación suicida, los pensamientos autoagresivos, las autolesiones y los gestos suicidas aparecen en todas las agrupaciones diagnósticas tal y como puede observarse en la tabla 20. La planificación suicida aparece a partes iguales en aquellos adolescentes que fueron diagnosticados de trastornos de conducta o del estado de ánimo. Con los intentos de suicidio ocurre de forma similar, el 58.3% de los adolescentes que intentaron quitarse la vida fueron diagnosticados de trastornos de conducta y el 41.7% de trastornos del humor.

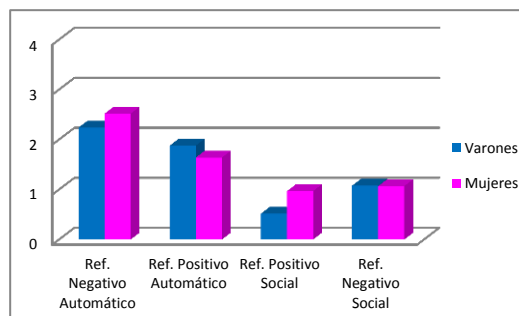
	Conducta	Ánimo	Ansiedad	TCA	Otros
Ideación	45.3%	15.1%	22.6%	9.4%	7.5%
Plan	50%	50%	0	0	0
Pensamientos	76.1%	9%	9%	4.5%	1.5%
Autolesiones	62.5%	12.5%	16.1%	7.1%	1.8%
Gestos	61.5%	7.7%	19.2%	3.8%	7.7%
Intentos	58.3%	41.7%	0	0	0

**Tabla 19. Distribución de conductas autoagresivas según diagnósticos**

### 6.1.2.2. CARACTERÍSTICAS

#### IDEACIÓN SUICIDA

En el análisis de la función de la ideación suicida, el reforzamiento negativo automático como escapar de sentimientos negativos recibió una puntuación media, en la escala de 0 a 4, de 2.4 (1.6); el reforzamiento positivo como sentir algo distinto del vacío de 1.7 (1.6); el reforzamiento positivo social como comunicar algo de 0.8 (1.3); y el reforzamiento negativo social como escapar de algo de 1.1 (1.6).



**Figura 17. Funciones de la ideación suicida**

Respecto a los desencadenantes de la ideación suicida los conflictos con la familia son el precipitante más altamente puntuado, con una media de 2.5 (1.64) en la escala de 0 a 4. Los varones puntuaron más este desencadenante que las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $t=2.373$ ;  $gl=51.594$ ;  $p=0.021$ ; no se pudo asumir la igualdad de varianzas según la prueba de Levene). Los problemas con amigos recibieron una puntuación de 0.81 (1.26); los conflictos con la pareja de 0.26 (0.87); con los iguales de 0.91 (1.44); con los estudios o el trabajo de 1.46 (1.61); y un estado mental alterado de 1.26 (1.63).

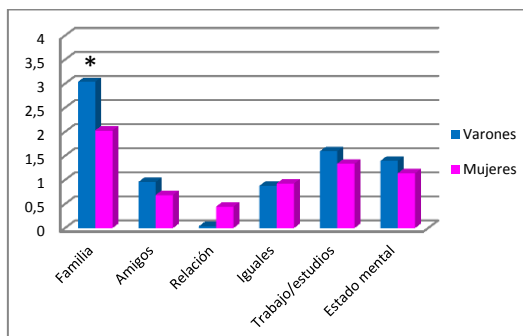


Figura 18. Desencadenantes de la ideación suicida

### PLANIFICACIÓN SUICIDA

En relación a las funciones de la planificación suicida, el reforzamiento negativo automático como escapar de sentimientos negativos recibió una puntuación media, en la escala de 0 a 4, de 2.8 (1.78); el reforzamiento positivo como sentir algo distinto del vacío de 2.2 (2.05); el reforzamiento positivo social como comunicar algo de 1.4 (1.68); y el reforzamiento negativo social como escapar de algo de 2 (1.58).

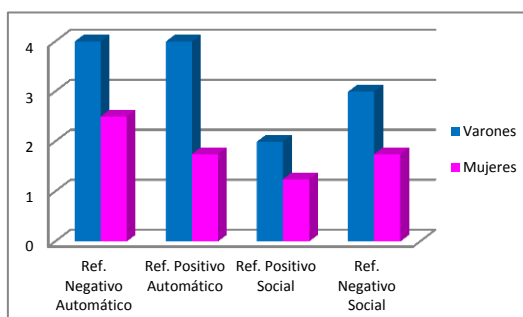


Figura 19. Funciones de la planificación suicida

La puntuación media sobre los desencadenantes de la planificación suicida mostró que los conflictos con la familia son el más altamente puntuado, con una media de 2.8 (1.95) en la escala de 0 a 4. Los problemas con amigos recibieron una puntuación de 1.4 (1.67); los conflictos con la pareja de 0.2 (0.45); con los iguales de 0.8 (1.3); con los estudios o el trabajo de 2.2 (1.64); y un estado mental alterado de 1.8 (2.05).

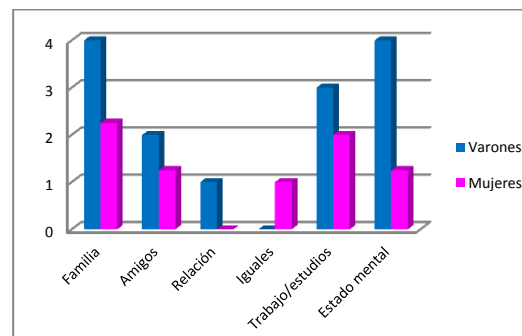


Figura 20. Desencadenantes de la planificación suicida

### PENSAMIENTOS AUTOAGRESIVOS

La función atribuida a los pensamientos sobre autolesiones más altamente puntuada fue el reforzamiento negativo social, valorado de media en 2.67 (1.39), en la escala de 0 a 4. El reforzamiento negativo automático recibió una puntuación media de 1.32 (1.7); el reforzamiento positivo 0.43 (0.98); y el reforzamiento positivo social de 1.11 (1.62).

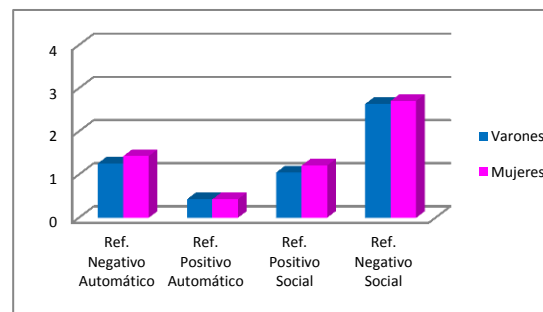


Figura 21. Funciones de los pensamientos autoagresivos

El desencadenante de los pensamientos sobre autolesionarse más altamente puntuado fue el haber tenido un estado mental alterado, con una puntuación media de 1.62 (1.67), seguido de conflictos con iguales, con una puntuación media de 1.56 (1.66), de los problemas con los estudios o trabajo, 1.11 (1.62); de los conflictos con la familia o la pareja, 0.56 (1.05, 1.16), y finalmente, los problemas con amigos, 0.14 (0.54).

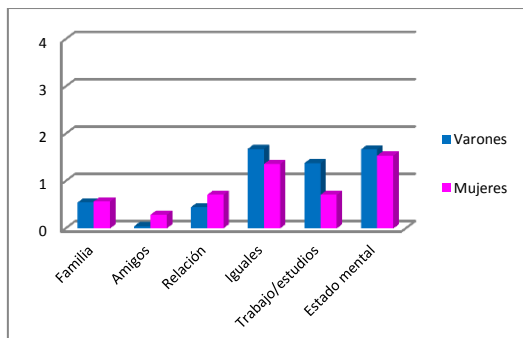


Figura 22. Desencadenantes de los pensamientos autoagresivos

## AUTOLESIONES

En el análisis de la función de las autolesiones, el reforzamiento negativo automático recibió la puntuación media más alta, 2.16 (1.57), en la escala de 0 a 4. El reforzamiento positivo obtuvo una puntuación media de 0.89 (1.41); el reforzamiento positivo social de 0.46 (1.07); y el reforzamiento negativo social de 1.07 (1.59).

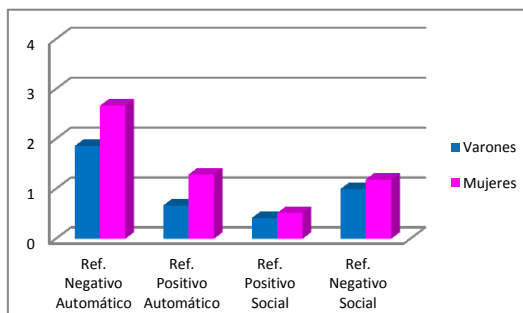


Figura 23. Funciones de las autolesiones

Respecto a los desencadenantes de las autolesiones, los conflictos con la familia son el precipitante más altamente puntuado, con una media de 2.51 (1.71) en la escala de 0 a 4. Los problemas con amigos recibieron una puntuación de 0.49 (1.02); los conflictos con la pareja de 0.26 (0.92); con los iguales de 0.47 (1.02); con los estudios o el trabajo de 1.51 (1.67); y un estado mental alterado de 0.72 (1.39).

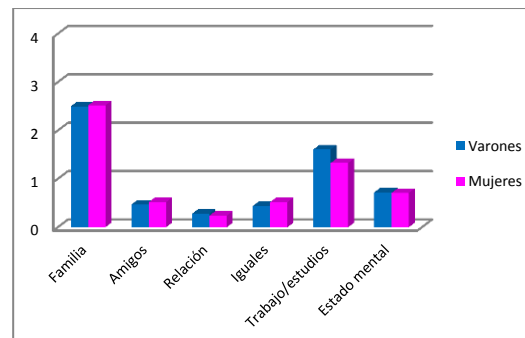


Figura 24. Desencadenantes de las autolesiones

Con respecto a la imitación de la conducta autolesiva hallamos que el 20.3% de adolescentes que se autolesionaron referían haberlo hecho sabiendo que algún amigo suyo lo había hecho anteriormente. Al ser preguntados por la cantidad de amigos que se empezaron a autolesionar una vez que ellos lo hicieron, encontramos que el 32.2% señalaban que al menos un amigo suyo lo había hecho después que ellos. Los adolescentes señalaron la influencia de que sus amigos se autolesionaran en su propia conducta con una media de 0.83 (1.19) en una escala de 0 a 4. Y con una media de 0.42 (0.99) la influencia que su conducta pudiese haber tenido en sus amigos para que estos se autolesionaran.

## GESTOS SUICIDAS

La función atribuida a los gestos suicidas más altamente puntuada fue el reforzamiento positivo social, valorado de media en 2.19 (1.49), en la escala de 0 a 4. El reforzamiento negativo automático recibió una puntuación media de 1.72 (1.51); el reforzamiento positivo 0.5 (1.14); y el reforzamiento negativo social de 1.15 (1.66).

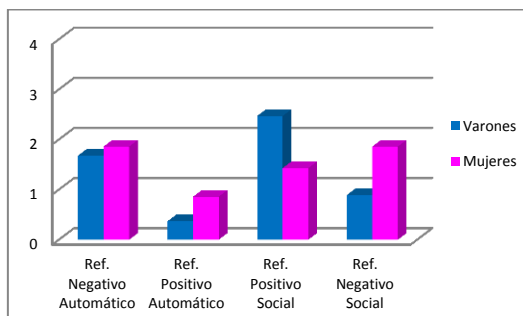


Figura 25. Funciones de los gestos suicidas

El desencadenante de los gestos suicidas más altamente puntuado fue el haber tenido conflictos con la familia con una puntuación media de 2.85 (1.48), seguido de los problemas con los estudios o trabajo, 0.77 (1.45); estado mental, 0.73 (1.4); los conflictos con los amigos o con los compañeros, 0.38 (1.02, 1.09); y finalmente los problemas con la pareja, 0.23 (0.81).

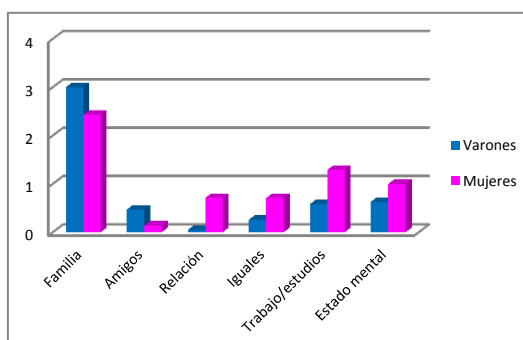


Figura 26. Desencadenantes de los gestos suicidas

### INTENTOS DE SUICIDIO

Respecto a las funciones atribuidas al intento de suicidio, el reforzamiento negativo automático fue la más elevada, con una media de 3,17 (1.27); seguida por el reforzamiento positivo automático, con una media de 2 (1.65); el reforzamiento negativo social, con una media de 1.33 (1.72); y finalmente el reforzamiento positivo social, con una media de 0.5 (1.24). Encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre varones y mujeres en la valoración de la función de reforzamiento negativo social ( $t=2.295$ ;  $gl=10$ ;  $p=0.045$ ).

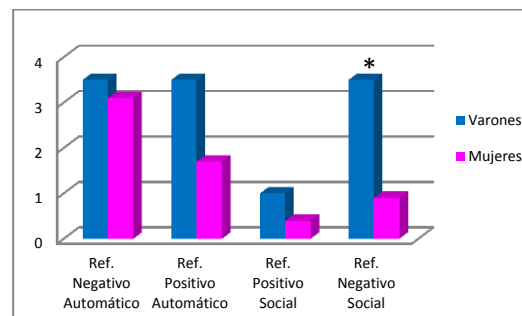


Figura 27. Funciones de los intentos de suicidio

El desencadenante de los intentos de suicidio más altamente puntuado fue el haber tenido conflictos con la familia, con una puntuación media de 3 (1.41). Los problemas con iguales y en el ámbito escolar/laboral recibieron una puntuación media de 1.58 (1.88, 1.62). El estado mental fue valorando de media en 1.25 (1.71). El haber tenido problemas con los amigos recibió una puntuación media de 0.75 (1.29). Finalmente los conflictos con la pareja fueron puntuados de media como 0.17 (1.29).

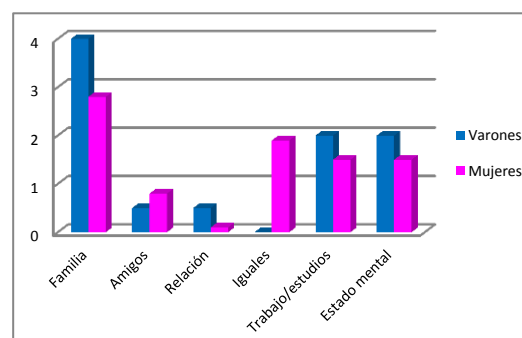


Figura 28. Desencadenantes de los intentos de suicidio

### 6.1.3. Acontecimientos vitales estresantes

Los adolescentes señalaron los acontecimientos vitales estresantes que habían sufrido en los últimos 3 años. En los casos afirmativos señalaron además la frecuencia con que ocurrieron y el impacto que tuvo en ellos en una escala subjetiva de 0 a 10.



En lo que respecta a los acontecimientos vitales estresantes relacionados con la familia, casi la mitad de los adolescentes señalaron sufrido la muerte, accidente o enfermedad de algún familiar cercano (45.3%; IC 95% 39.46-51.31) y haber tenido conflictos persistentes o broncas importantes con la familia (44.9%; IC 95% 39.09-50.94), habiéndose valorado con un impacto medio de 6.68 (3.08) y de 5.71 (2.85), respectivamente. Las dificultades económicas aparecieron con una frecuencia media de 25.8% y un impacto medio de 5.02 (3.08), siendo más frecuente entre las mujeres (35.1%; IC 95% 26.22-45.17) que entre los varones (20.8%; IC 95% 15.43-27.46), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2=5.922$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.015$ ). Un 21.3% de los adolescentes habían cambiado de domicilio con un impacto medio 2.43 (3.1). Una misma proporción señalaron haber tenido conflictos con su familia por la elección vocacional habiendo sido puntuado su impacto medio en 5.16 (3.06). Se encontraron diferencias entre varones y mujeres en la ocurrencia de los conflictos por la vocación ( $\chi^2=6.071$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.014$ ), habiéndose detectado en el 25.4% (IC 95% 19.53-32.41) de los varones y en el 13.8% (IC 8.26-22.24) de las mujeres. El 13.5% (IC 95% 9.9-18.1) de los adolescentes señalaron que sus padres se habían separado o divorciado, este acontecimiento recibió una puntuación de impacto medio de 4.69 (3.12). Un 12.4% (IC 95% 8.94-16.85) afirmaron que algún familiar se había marchado del hogar y puntuaron su impacto medio en 4.63 (3.59). El hecho de que alguno de sus padres volviera a emparejarse ocurrió en el 8.6% (IC 95% 5.81-12.59) de los adolescentes, habiendo sido valorado con un impacto medio de 3.14 (3.26). Un 7.9% (IC 95% 5.2-11.72) recibieron algún familiar en la casa, habiendo sido valorado con un impacto medio de 2.05 (3).

Otro grupo de acontecimientos vitales estresantes para los adolescentes aparecen en el ámbito de los estudios, la formación y el trabajo. Cerca de la mitad de los

adolescentes estudiados refirieron haber tenido dificultades con los estudios (45.7%; IC 95% 39.82-51.69), habiéndose valorado con un impacto medio de 5.86 (3.05). Se hallaron diferencias en el impacto medio entre varones, con media de 5.4 (3) y mujeres con media de 6.6 (3), que resultaron estadísticamente significativas ( $t=-2.227$ ;  $gl=117$ ;  $p=0.028$ ) El cambio del centro de estudios obtuvo una frecuencia del 30.7% (IC 95% 25.48-36.49) y un impacto medio de 3.69 (3.48). Los problemas con los profesores aparecieron en un 19.9% (IC 95% 15.51-25.05) de los casos y fueron puntuados con un impacto medio de 5.72 (3.29). Se hallaron diferencias significativas a nivel estadístico ( $t=2.88$ ;  $gl=30$ ;  $p<0.05$ ) en la frecuencia de estos conflictos, con una media de 1.2 (0.5) entre las mujeres y 2.3 (1.6) entre los varones. El 7.1% (IC 95% 4.6-10.85) señaló problemática de desempleo o malas condiciones laborales, su impacto se valoró en 4.2 (3.48) de media.

En el área de las relaciones con iguales, un 28.8% (IC 95% 23.74-34.52) de los adolescentes afirmaron haber tenido problemas significativos con los compañeros, con un impacto medio de 5.64 (3.29). La traición o los engaños por parte de los amigos aparecieron en un 24.7% (IC 95% 19.93-30.23) con un impacto medio de 5.88 (3.43) y los conflictos o ruptura de la relación con amigos en un 24% (IC 95% 19.24-29.44) con un impacto medio de 5.65 (3.57). Un 17.6% (IC 95% 13.5-22.62) señaló haber sentido aislamiento, rechazo o ridiculizaciones por parte de los amigos con un impacto medio de 6.47 (3.21) y una proporción similar (17.2%, IC 95% 13.17-22.21) refirió haber tenido importantes peleas o conflictos con conocidos, con un impacto de 4.66 (3.16).

En el ámbito de las relaciones de pareja y la sexualidad, tuvieron una ruptura de pareja el 16.1% (IC 95% 12.18-20.99), con un impacto medio de 5.73 (3.55). Los conflictos importantes con la pareja fueron referidos por un 10.5% (IC 95% 7.36-14.74) de 6.18 (2.76). Un 6.4% (IC 95% 4.01-9.96)

refirió haber sufrido alguna infidelidad en su relación de pareja con un impacto medio de 6.06 (3.51). El 4.9% (IC 95% 2.87-8.15) refirieron problemas en el área sexual, siendo señalado con un impacto medio de 7.5 (2.67) de media, existiendo una alta coincidencia entre varones, 7 (1.73) y mujeres, 7.71 (3.09). Una única adolescente afirmó haber quedado embarazada, habiendo sido valorado como el acontecimiento vital con mayor impacto (10).

Respecto a la muerte de seres queridos y a las enfermedades, un 12.4% (IC 95% 39.46-51.31) habían sufrido algún accidente o enfermedad importante, con un impacto de 6.76 (3.03). Un 8.2% (IC 95% 5.55-12.16) refirió que algún amigo muy cercano o la propia pareja habían muerto o sufrido alguna enfermedad de relevancia, fue valorado con un impacto medio de 7 (3.01), habiendo sido las mujeres quienes señalaban mayor impacto, 8.44 (1.13), frente a los varones, 6.07 (3.49); habiéndose encontrado esta diferencia estadísticamente significativa ( $t=-2.355$ ;  $gl=16.847$ ;  $p=0.031$ ; no se pudo asumir la igualdad de varianzas según la prueba de Levene).

En relación a los problemas con las drogas, el 11.6% (IC 95% 8.3-16.01) señaló su ocurrencia en algún ser cercano y un 3.7% (IC 95% 2.05-6.76) señalaron haber tenido problemas con las drogas ellos mismos, con un impacto medio de 5.35 (3.16) y 5.4 (4.06), respectivamente. Un 8.6% (IC 95% 5.81-12.59) afirmó haber sido víctima de algún delito, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2=5.841$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.016$ ), entre varones (5.2% IC 95% 2.76-9.59) y mujeres (14.9% IC95% 9.08-23.46). Este acontecimiento fue puntuado de media con 6.3 (3.87), con mayor impacto referido en las mujeres, 7.86 (3.37) que en los varones, 3.89 (3.48), siendo esta diferencia significativa a nivel estadístico ( $t=-2.721$ ;  $gl=21$ ;  $p=0.013$ ). El 6.4% (IC 4.01-9.96) de los adolescentes afirmaron haber tenido algún problema

con la justicia, señalando un impacto medio de 5.71 (4.01); existiendo en este caso una discrepancia notable entre varones, 4.91 (3.98) y mujeres 7.17 (3.97).

*Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental*

	Hombres			Mujeres			Total		
	Ocurrencia N (%)	Frecuencia M (DT)	Impacto M (DT)	Ocurrencia N (%)	Frecuencia M (DT)	Impacto M (DT)	Ocurrencia N (%)	Frecuencia M (DT)	Impacto M (DT)
Divorcio o separación padres	23(13.3)	1(0.2)	4.5(3)	13(13.8)	1.2(0.6)	5(3.4)	36(13.5)	1.1(0.4)	4.7(3.1)
Conflictos con familia	73(42.2)	2.6(1.3)	5.6(2.8)	47(50)	2.8(1.7)	5.9(2.9)	120(44.9)	2.7(1.5)	5.7(2.8)
Conflictos por elección de vocación	44(25.4)	3.1(1.7)	4.9(3)	13(13.8)	2.4(1)	5.8(3.3)	57(21.3)	2.9(1.6)	5.2(3.1)
Emparejamiento padres	14(8.1)	2.8(2.3)	3.1(3.3)	9(9.6)	1.5(0.7)	3.2(3.4)	23(8.6)	2.3(1.9)	3.1(3.3)
Cambio de domicilio	36(20.8)	1.6(1)	2.03(2.8)	21(22.3)	1.6(0.8)	3.1(3.6)	57(21.3)	1.6(1)	2.4(3.1)
Dificultades económicas	36(20.8)	2.2(1.4)	5(3)	33(35.1)	2.4(1.8)	5(3)	69(25.8)	2.3(1.6)	5(3.1)
Muerte, enfermedad de familiar	75(43.4)	1.6(0.9)	6.4(3.3)	46(48.9)	1.4(0.9)	7.1(2.6)	121(45.3)	1.5(0.9)	6.7(3.1)
Traslado de familiar a casa	13(7.5)	1.8(1.9)	2.2(3.3)	8(8.5)	1(0)	1.9(2.6)	21(7.9)	1.5(1.5)	2(3)
Marcha de familiar del hogar	21(12.1)	1.2(0.5)	4.3(3.9)	12(12.8)	1.1(0.3)	5.1(3.1)	33(12.4)	1.1(0.5)	4.6(3.6)
Problemas de drogas cercanos	16(9.2)	2.1(1.4)	5.4(3.3)	15(16)	2.6(1.9)	5.3(3.1)	31(11.6)	2.3(1.6)	5.3(3.2)
Cambio de centro de estudios	50(28.9)	1.6(1.1)	3.3(3.5)	32(34)	1.5(1)	4.3(3.4)	82(30.7)	1.6(1)	3.7(3.5)
Problemas con compañeros	45(26)	2(1.1)	5.1(3.3)	29(30.9)	1.8(1.1)	6.4(3.2)	74(28.8)	1.9(1.1)	5.6(3.3)
Desempleo	11(6.4)	2.5(2.3)	4.1(3.5)	8(8.5)	1.9(1.3)	4.5(3.9)	19(7.1)	2.1(1.8)	4.2(3.5)
Dificultades con estudios	77(44.5)	2.4(1.4)	<b>5.4(3)*</b>	45(47.9)	2.13(1.85)	<b>6.6(3)*</b>	122(45.7)	2.31(1.60)	5.86(3.05)
Problemas con profesores o jefes	38(22)	<b>2.3(1.6)*</b>	5.4(3.3)	15(16)	<b>1.2(0.5)*</b>	6.5(3.2)	53(19.9)	2.03(1.48)	5.7(3.3)
Problemas área sexual	6(3.5)	2.3(2.3)	7(1.7)	7(7.4)	1	7.7(3.1)	13(4.9)	1.7(1.6)	7.5(2.7)
Muerte, enfermedad de pareja /amigo	14(8.1)	1.4(0.8)	<b>6.1(3.5)*</b>	8(8.5)	1.8(1.3)	<b>8.4(1.1)*</b>	22(8.2)	1.5(1)	7(3.1)
Ruptura de pareja	26(15)	2.1(1.4)	5(3.5)	17(18.1)	2.1(1.7)	6.6(3.8)	43(16.1)	2.1(1.5)	5.7(3.5)
Infidelidad de pareja	7(4)	1.5(0.8)	4.3(3.5)	10(10.6)	1.7(1.1)	7.1(3.2)	17(6.4)	1.6(1)	6.1(3.5)
Conflictos con pareja	8(4.6)	2.4(2.1)	6.1(2.9)	11(11.7)	2.1(1.6)	6.2(2.8)	28(10.5)	2.2(1.7)	6.2(2.8)
Ruptura o conflicto con amigo	37(21.4)	2(1.5)	5.2(3.6)	27(28.7)	1.6(1.1)	6.1(3.5)	64(24)	1.8(1.3)	5.65(3.6)
Traición de amigo	38(22)	1.9(1.3)	5.9(3.6)	28(29.8)	1.8(1.4)	5.9(3.3)	66(24.7)	1.8(1.4)	5.9(3.4)
Conflictos con conocido	25(14.5)	2.3(1.3)	5.2(3.1)	21(22.3)	2.1(1.5)	4.9(2.8)	46(17.2)	2.2(1.4)	4.66(3.2)
Aislamiento, rechazo o ridiculizaciones	26(15)	3.3(1.78)	6(3.4)	22(23.4)	2.1(2.1)	6.9(2.9)	47(17.6)	2.8(2)	6.5(3.2)
Embarazo propio o de pareja	0			1(1.1)	1(0)	10	1(0.4)	0.6(0.9)	10
Víctima de delito	9(5.2)	1.6(1)	<b>3.9(3.5)*</b>	14(14.9)	1.3(1)	<b>7.9(3.4)*</b>	23(8.6)	1.4(1)	6.3(3.9)
Enfermedad o accidente	19(11)	1.7(1.2)	6.2(3.2)	14(14.9)	1.8(1.2)	7.5(2.7)	33(12.4)	1.7(1.2)	6.8(3)
Problemas con la justicia	11(6.4)	1.8(1.9)	4.9(4)	6(6.4)	1(0)	7.2(4)	17(6.4)	1.5(1.55)	5.7(4)
Problemas con las drogas	8(4.6)	1.4(0.8)	5.6(3.9)	2(2.1)	1(0)	4.5(6.4)	10(3.7)	1.3(0.7)	5.4(4.1)

\*p<0.05

Total: 267

Tabla 20. Acontecimientos vitales estresantes: ocurrencia, frecuencia e impacto

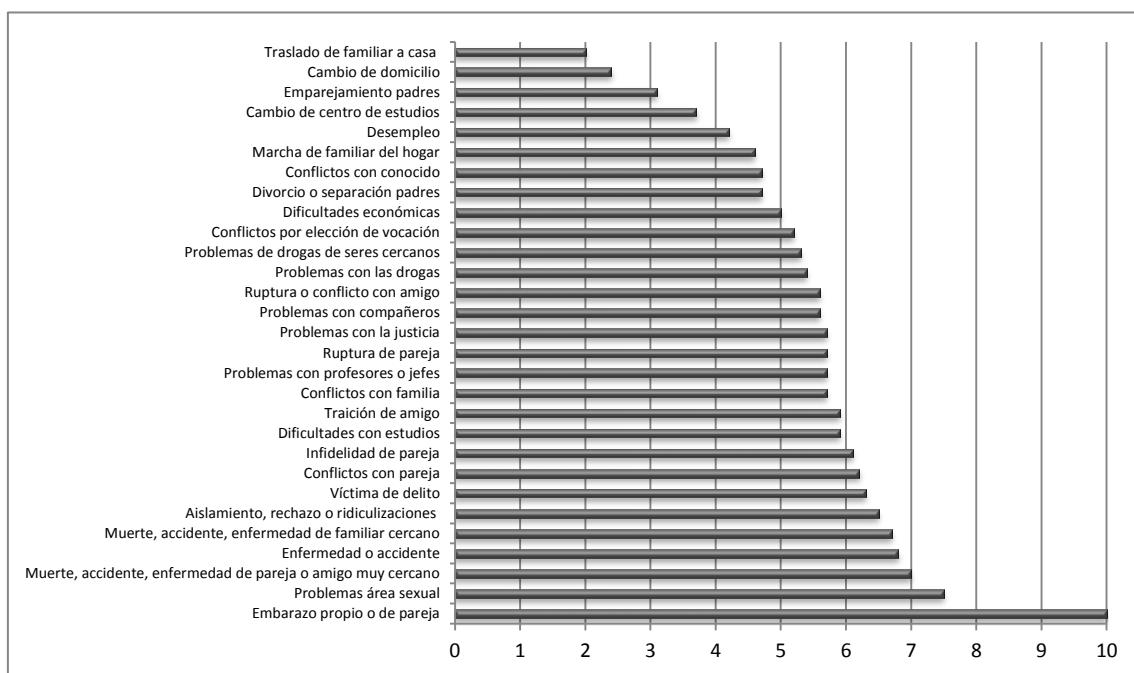


Figura 29. Impacto medio de cada acontecimiento vital estresantes

La prevalencia media de los acontecimientos vitales estresantes fue 5,80 (3,72) y el impacto emocional promedio fue 4,96 (2,28). No habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. Al agrupar los datos observamos que un 27% (IC 95% 22-32.59) de los participantes refirieron haber sufrido hasta un máximo de 3 AVE, el 33.7% (IC 95% 28.3-39.57) entre cuatro y siete; y un 25.8% (IC 95% 20.96-31.41) ocho o más; sin hallarse diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres. En el gráfico 22 se puede observar la acumulación de AVE en la muestra total de adolescentes.

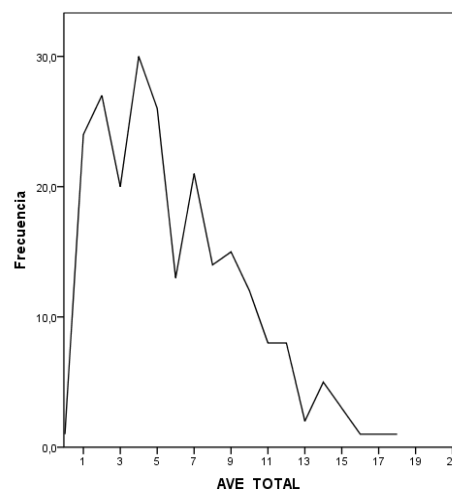


Figura 30. Acumulación de acontecimientos vitales estresantes

#### 6.1.4. Variables clínicas

##### 6.1.4.1. MOTIVO DE CONSULTA

Los motivos de derivación a salud mental fueron agrupados en las siguientes categorías:

- Problemas de conducta
- Problemas de ansiedad
- Problemas emocionales
- Problemas de alimentación
- Ideación/pensamientos autoagresivos o suicidas
- Autoagresiones
- Otros problemas

Al revisar las historias clínicas de aquellos pacientes que refirieron haber tenido a lo largo de su vida ideación suicida, planificación suicida, pensamientos autoagresivos, autolesiones, gestos suicidas o intentos de suicidio, se observó que el 0.8% (IC 95% 0.1-4.4) fueron derivados por presentar ideación suicida y el 5.6% (IC 95% 2.3-11) por presentar autoagresiones no suicidas. El 61.9% (IC 95% 53.2-69,9) fue derivado por problemas de conducta, impulsividad o atención y concentración; el 13.5% (IC 95% 8.6-20.5) por dificultades emocionales y del estado de ánimo; el 9.5% (IC 95% 5.5-15-9) por problemas de ansiedad; el 5.6% (IC 95% 2.3-11) por problemas de alimentación y el 3.2% (IC 95% 1.2-7.9) por otros problemas.

El gráfico 23 muestra la distribución de los motivos de consulta.

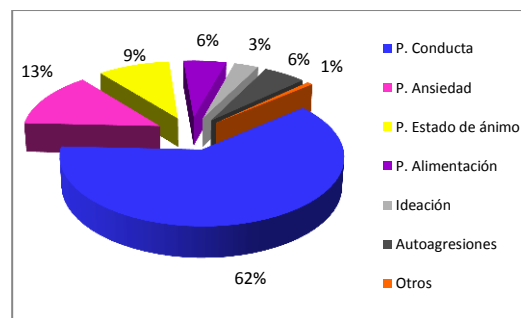


Figura 31. Motivos de consulta

##### 6.1.4.2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Se realizó una agrupación diagnóstica según los problemas presentados por los adolescentes:

- Problemas de conducta
- Problemas de ansiedad
- Problemas emocionales
- Problemas de alimentación
- Otros problemas

Los problemas de conducta, que incluyeron el Trastorno hiperactivo, el Trastorno negativista desafiante, el Trastorno por uso de sustancias y otros problemas de conducta; fueron los más frecuentemente detectados, habiéndose señalado como el problema principal en el 77,3% (IC 95% 70.51-82.95) de los adolescentes varones y en el 51,6% (IC 95% 41.6-61.5) de las adolescentes estudiados. Como problema secundario el 26,2% (IC 95% 20.05-33.02) de los varones y el 13% (IC 95% 7.62-21.43) de las adolescentes fueron diagnosticados de algún problema de conducta.

Los problemas relacionados con la ansiedad incluyeron diagnósticos como el Trastorno de ansiedad fóbica, el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Otros trastornos de ansiedad, los Trastornos de adaptación y los Trastornos somatomorfos. El 9,2% (IC 95% 5.77-14.49) de los adolescentes varones y el 15% (IC 95% 9.08-23.46) de las adolescentes fueron diagnosticados de algún trastorno de ansiedad. Como

diagnóstico secundario se detectó en el 2,3% (IC 95% 0.9-5.79) de los varones y en 10,8% (IC 95% 5.88-18.49) de las mujeres estudiados.

Los problemas relacionados con el estado de ánimo estuvieron formados por los diagnósticos de Trastornos del Humor, como los episodios depresivos o el Trastorno del Humor no especificado. El 7,6% (IC 95% 1.97-8.12) de los varones y el 13,8% (IC 95% 8.26-22.24) de las mujeres adolescentes recibieron alguno de estos diagnósticos como principal, y el 0,6% (IC 95% 0.1-3.22) y 3,3% (IC 95% 1.12-9.15) respectivamente como diagnóstico secundario.

Los problemas con la conducta alimentaria estuvieron formados por los diagnósticos de Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y los Trastornos de la conducta alimentaria no especificados. El 1,2% (IC 95% 0.32-4.14) de los varones fueron diagnosticados con alguno de estos problemas, frente al 10,7% (IC 95% 8.35-22.46) en el caso de las mujeres adolescentes. Como diagnósticos secundarios se detectaron en el 1,1% (IC 95% 0.32-4.14) de los varones y en el 1,2% (IC 95% 0.19-5.9) de las mujeres.

Se agruparon finalmente los Trastornos del desarrollo psicológico como los del aprendizaje o los Trastornos generalizados del desarrollo, el Retraso mental, los Tics y otros diagnósticos no incluidos. El 4,6% (IC 95% 2.38-8.91) de los varones y el 4,3% (IC 95% 1.69-10.54) de las mujeres adolescentes presentaron alguno de estos problemas principalmente, frente al 19,2% (IC 95% 14-25.72) y el 10,8% (IC 95% 6.01-18.86) respectivamente que se señalaron como problemas secundarios.

Finalmente, un 3.7% (IC 95% 2.05-6.76) no recibió ningún diagnóstico psiquiátrico. Y un 53.5% (IC 95% 47.57-59.45) de los adolescentes no recibieron un segundo diagnóstico.

Respecto a los diferentes diagnósticos asignados se pueden observar gráficamente las distribuciones en las figuras 31 y 32. Hallamos diferencias con significación estadística tanto en los diagnósticos principales ( $\chi^2=28.204$ ;  $gl=5$ ;  $p<0.001$ ) como en los secundarios ( $\chi^2=16.784$ ;  $gl=4$ ;  $p=0.002$ ) entre los adolescentes varones y mujeres del estudio.

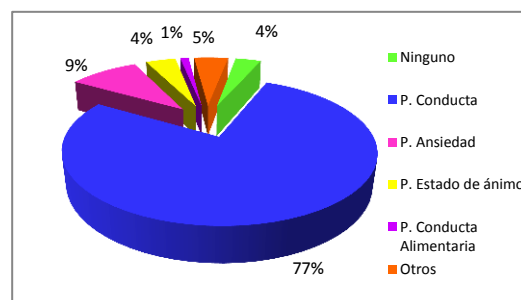


Figura 32. Distribución de diagnósticos en varones

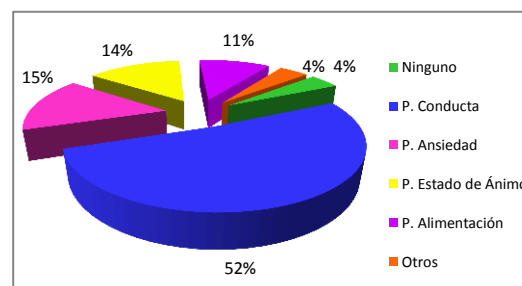


Figura 33. Distribución de diagnósticos en mujeres

#### 6.1.4.3. SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA

Con respecto a la severidad de la sintomatología de los adolescentes, un 0.7% (IC 95% 0.21-2.69) se consideraron no enfermos, coincidiendo que fueron ambos casos mujeres; un 5.2% (IC 95% 3.15-8.61) dudosamente enfermos, un 34.1% (IC 95% 28.66-39.96) levemente enfermos, un 54.3% (IC 95% 48.31-60.18) moderadamente enfermos y un 1.5% (IC 95% 0.58-3.79) marcadamente enfermos, siendo todas ellas mujeres. En la tabla 18 se pueden observar la proporción de varones y mujeres en cada categoría, habiéndose hallado una diferencia

estadísticamente significativa entre ellos ( $\chi^2=15.351$ ;  $gl=4$ ;  $p=0.004$ ).

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Normal	0(0)	2(2.1)	2(0.7)
Dudosamente enfermo	9(5.2)	5(5.3)	14(5.2)
Levemente enfermo	54(31.2)	37(39.4)	91(34.1)
Moderadamente enfermo	104(60.1)	41(43.6)	145(54.3)
Marcadamente enfermo	0(0)	4(4.3)	4(1.5)
No evaluado	1(0.6)	0(0)	1(0.4)
NS/NC	5(2.9)	5(5.3)	10(3.7)
Total	173(100)	94(100)	267(100)

Tabla 21. CGI

#### 6.1.4.4. NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

En relación al grado de funcionamiento global medido por el C-GAS, se obtuvo una media de 67.3 (10.9), sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas entre los varones y las mujeres.

#### 6.1.4.5. TRATAMIENTO

Los tratamientos previos de los participantes pueden observarse en la tabla 19. La mitad de los adolescentes atendidos, un 50.9% (IC 95% 44.97-56.88) no habían recibido tratamiento ni psiquiátrico ni psicológico antes de la primera consulta. El 7.1% (IC 95% 4.6-10.85) recibió tratamiento psicofarmacológico, un 17.2% (IC 95% 13.17-22.21) psicoterapéutico, un 17.2% (IC 95% 13.17-22.21) ambos tipos y un 0.4% (IC 95% 0.07-2.09) lo recibieron pero no sabían especificar de qué tipo. Las distribuciones son similares para varones y mujeres, sin que existan diferencias significativas a nivel estadístico.

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Farmacológico	12(6.9)	7(7.4)	19(7.1)
Psicoterapéutico	29(16.8)	17(18.1)	46(17.2)
Ambos	34(19.7)	12(12.8)	46(17.2)
Ninguno	86(49.7)	50(53.2)	136(50.9)
Si, sin especificar	1(0.6)	0(0)	1(0.4)
NS/NC	11(6.3)	8(8.5)	19(7.1)

Tabla 22. Tratamientos previos

Finalmente, la duración media del seguimiento psiquiátrico fue de 11.9 (11.9) meses. No existiendo diferencias estadísticamente significativas en función del sexo de los participantes.

### 6.1.5. Dimensiones psicológicas

#### 6.1.5.1. APGAR FAMILY

La puntuación media en el APGAR en los fue 7.3 (2.1). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

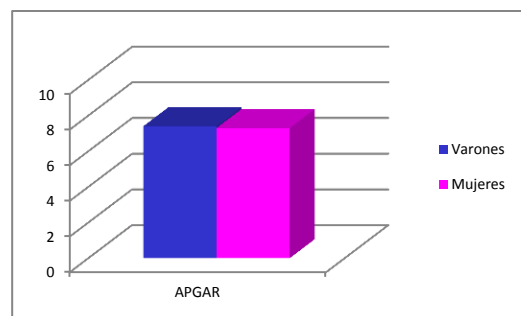


Figura 34. APGAR FAMILIAR

Las puntuaciones fueron clasificadas en tres categorías. Las familias altamente funcionales, con puntuaciones entre 8 y 10; las moderadamente disfuncionales con puntuaciones entre 4 y 7; y las severamente disfuncionales con puntuaciones iguales o menores a 3. En el gráfico 26 puede observarse la distribución en dichas categorías. Un 56.6% (IC 95% 50.42-62.64) resultaron altamente funcionales, un 23.7% (IC 95% 18.84-29.35) moderadamente disfuncionales y un 19.7% (IC 95% 15.22-25.06) severamente disfuncionales.

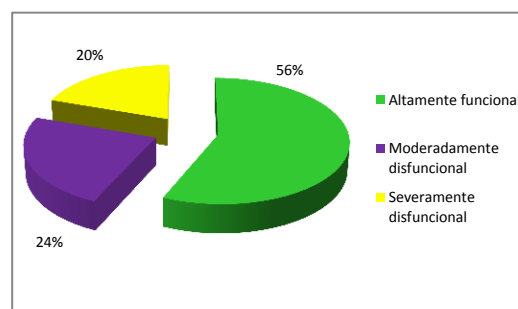


Figura 35. APGAR FAMILIAR categorías

#### 6.1.5.2. STAXI-NA

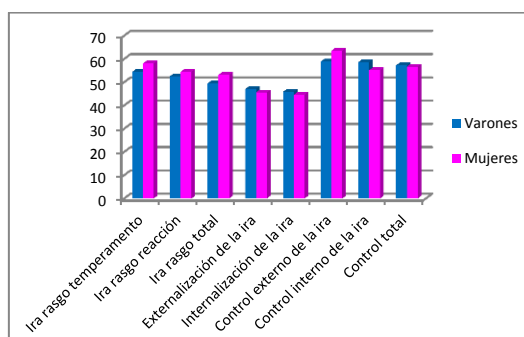
Las puntuaciones del STAXI-NA se transformaron a percentiles para poder comparar las puntuaciones de varones y mujeres según los diferentes baremos. El



89.1% (IC 95% 84.88-92.33) puntuó nulo en el sentimiento de ira, el 1.9% (IC 95% 0.8-4.31) bajo, el 6% (IC 95% 3.72-9.51) moderado y el 1.5% (IC 95% 0.58-3.79) alto. En la expresión de ira, el 92.9% (IC 95% 89.15-95.4) puntuó nulo, un 0.7% (IC 95% 0.21-2.69) bajo, un 3.4% (IC 95% 1.78-6.28) moderado y un 1.5% (IC 95% 0.58-3.79) alto. Finalmente, el 86.5% (IC 95% 81.9-90.1) puntuó nulo en el estado de ira, el 5.2% (IC 95% 3.15-8.61) bajo, el 5.6% (IC 95% 3.43-9.06) moderado y el 1.1% (IC 95% 0.38-3.25) alto. Observamos una puntuación media de 55.8 (27.6) en el rasgo de ira temperamento, frente al 53.3 (30.1) en el rasgo de ira reacción. La puntuación media total del rasgo ira fue de 50.8 (30.7). La externalización de la ira fue puntuado de media en 46.6 (31.6), la internalización en 45.5 (33.1). El control externo de la ira obtuvo una puntuación media de 60.6 (34.1) y el control interno de la ira de 57.5 (32.9). La escala total recibió una puntuación media de 57.1 (33.3). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna escala del STAXI-NA

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	Total M (DT)
Ira rasgo temperamento	54.5(27.1)	58.1(28.4)	55.8(27.6)
Ira rasgo reacción	52.6(30)	54.5(30.3)	53.3(30.1)
Ira rasgo total	49.5(30.5)	53.2(31.2)	50.8(30.7)
Externalización de la ira	47.1(31.4)	45.6(32.3)	46.6(31.6)
Internalización de la ira	45.9(32.9)	44.6(33.5)	45.5(33.1)
Control externo de la ira	58.9(34.7)	63.6(30)	60.6(34.1)
Control interno de la ira	58.7(32.8)	55.2(32.9)	57.5(32.9)
Control total	57.3(33.6)	56.77(32.9)	57.1(33.3)

**Tabla 23. STAXI-NA puntuaciones medias en percentiles**

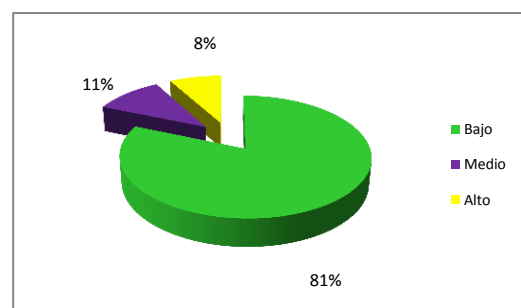


**Figura 36. STAXI-NA puntuaciones medias**

Se establecieron tres categorías para clasificar las puntuaciones de los

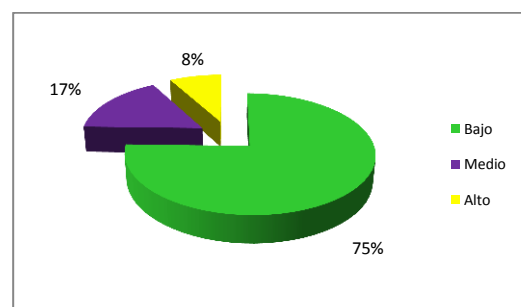
adolescentes. Por debajo del percentil 85 se consideró bajo, entre el percentil 85 y el 95 medio, por encima del percentil 95 alto. En las figuras 35-43 se puede observar la proporción de puntuaciones en cada una de las categorías señaladas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo de los adolescentes.

El 81.4% (IC 95% 5.21-12.23) obtuvieron una puntuación baja en la ira rasgo temperamento; un 10.6% (IC 95% 7.28-15.17) media y un 8.1% (IC 95% 5.21-12.23) alta.



**Figura 37. STAXI-NA Ira rasgo temperamento**

En la ira rasgo reacción, el 75.4% (IC 95% 69.55-80.48) obtuvo una puntuación baja, el 16.5% (IC 95% 12.33-21.79) y el 8.1% (IC 95% 5.21-12.23) alta.



**Figura 38. STAXI-NA Ira rasgo reacción**

En la puntuación total de la ira rasgo, el 81.8% (IC 95% 76.36-86.18) obtuvo una puntuación baja, el 12.3% (IC 95% 8.69-17.09) media y el 5.9% (IC 95% 3.57-9.71) alta.

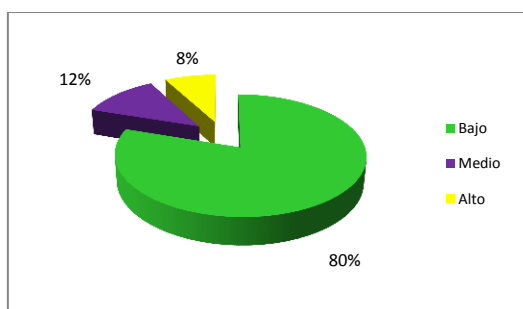


Figura 39. STAXI-NA Ira rasgo total

En la externalización de la ira el 80.5% (IC 95% 74.98-85.06) obtuvo una puntuación baja, el 13.1 (IC 95% 9.41-18.04) media y el 6.4% (IC 95% 3.89-10.22) alta.

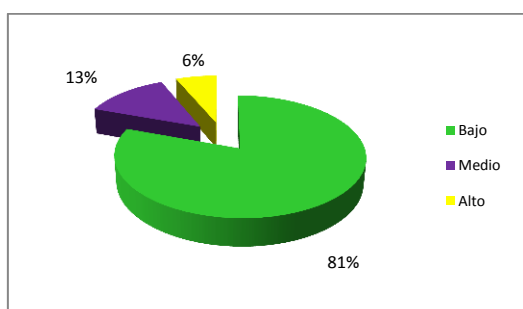


Figura 40. STAXI-NA Externalización de la ira

En la internalización de la ira el 80.9% (IC 95% 75.44-85.43) obtuvo una puntuación baja, el 11.4% (IC 95% 7.98-16.13) media y el 7.6% (IC 95% 4.88-11.73) alta.

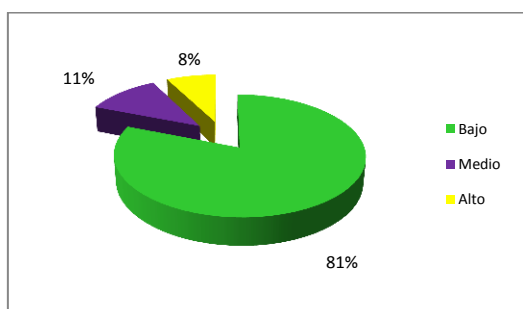


Figura 41. STAXI-NA Internalización de la ira

En el control externo de la ira el 64.4% (IC 95% 12.33-21.79) obtuvo una puntuación baja, el 16.5% (IC 95% 12.33-21.79) media y el 19.1% (IC 95% 14.57-24.56) alta.

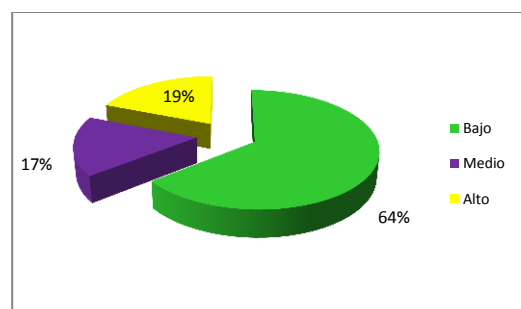


Figura 42. STAXI-NA Control externo de la ira

En el control interno de la ira el 70.3% (IC 95% 64.22-75.8) obtuvo una puntuación baja, el 6.8% (IC 95% 4.22-10.73) media y el 22.9% (IC 95% 17.98-28.65) alta.

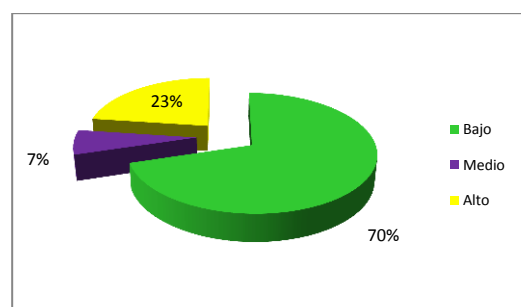


Figura 43. STAXI-NA Control interno de la ira

En el control total de la ira el 69.8% (IC 95% 63.34-75.01) obtuvieron una puntuación baja, el 11.9% (IC 95% 8.34-16.61) y el 18.3% (IC 95% 13.82-23.64) alta.

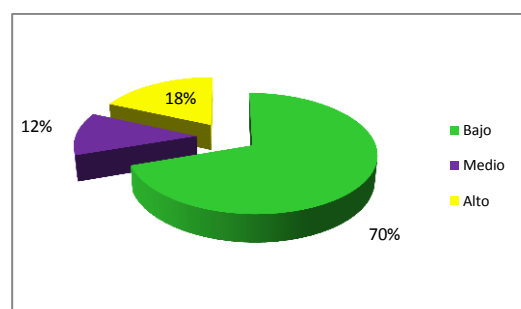


Figura 44. STAXI-NA Control total de la ira

	Bajo N (%)	Medio N (%)	Alto N (%)
Ira rasgo temperamento	164 (61.4)	28 (10.5)	43 (16.1)
Ira rasgo reacción	178 (66.7)	39 (14.6)	19 (7.1)
Ira rasgo total	193 (72.3)	29 (10.9)	14 (5.2)
Externalización de la ira	190 (71.2)	31 (11.6)	15 (5.6)
Internalización de la ira	191 (71.5)	27 (10.1)	18 (6.7)
Control externo de la ira	152 (56.9)	39 (14.6)	45 (16.9)
Control interno de la ira	166 (62.2)	16 (6)	54 (20.2)
Control total	164 (88)	28 (10.5)	43 (16.1)

Tabla 24. STAXI-NA puntuaciones por categorías

## 6.1.5.3. CDI

Las puntuaciones en el CDI se transformaron a percentiles para poder comparar las puntuaciones de varones y mujeres según la edad. Mostraron una puntuación percentil media de 46.5 (32.6) en la escala total, de 57.2 (27.6) en la escala de disforia y de 43.9 (32.6) en la escala de autoestima. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres.

	Varones M (DT)	Mujeres M (DT)	Total M (DT)
Disforia	55.4 (28)	60.6 (4.1)	57.2 (27.6)
Autoestima	42.8 (31.4)	45.6 (3.9)	43.9 (31.2)
Total	44.5 (32.7)	50.2 (32.2)	46.5 (32.6)

Tabla 25. CDI puntuaciones medias en percentiles

Las puntuaciones del CDI fueron clasificadas según las categorías descriptivas que ofrece el manual de corrección. Se consideró sin sintomatología aquellas puntuaciones con percentiles menores de 90, sintomatología leve cuando la puntuación se encontraba entre 90 y 95; y sintomatología severa cuando la puntuación superaba el percentil 95. Pueden observarse en los gráficos 36-38.

En la escala de disforia el 89.1% (IC 95% 84.78-92.3) no mostró sintomatología, el 9% (IC 95% 6.14-13.07) tenía sintomatología leve y el 1.9% (IC 95% 0.81-4.32) severa.

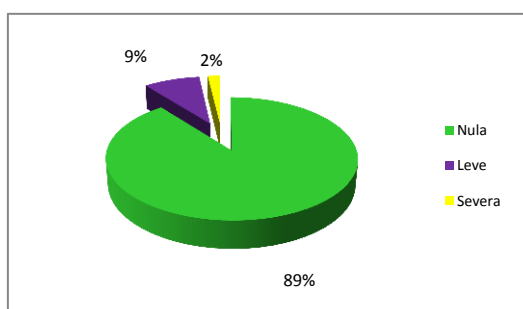


Figura 45. CDI Disforia

En la escala de autoestima negativa el 93.5% (IC 95% 89.86-95.91) no mostró sintomatología, el 3.4% (IC 95% 1.82-6.4) tenía sintomatología leve y el 3.1% (IC 95% 1.56-5.91) severa.

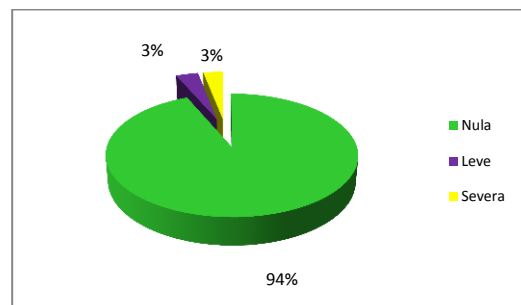


Figura 46. CDI Autoestima negativa

En la escala total el 87.6% (IC 95% 83.51-91.35) no mostró sintomatología, el 9.7% (IC 95% 6.76-13.94) tenía sintomatología leve y el 2.3% (IC 95% 1.04-4.83) severa

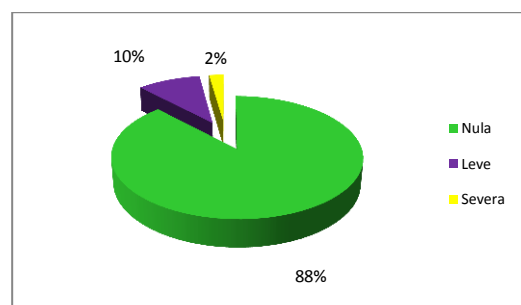


Figura 47. CDI Total

## 6.1.5.4. SDQ

Según la valoración de los padres, la puntuación media en problemas emocionales fue de 4 (2.6), 3,5 (2.3) en problemas conductuales, 5.3 (2.5) en hiperactividad, 2.8 (2.3) en problemas de relación y 7.6 (2.3) en conducta prosocial. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los varones y las mujeres en la escala de hiperactividad ( $t=2.804$ ;  $gl=235$ ;  $p=0.005$ ).

	Varones M (DT)	Mujeres M(DT)	Total M (DT)
Problemas emocionales	3.9(2.6)	4.3(2.6)	4(2.6)
Problemas conductuales	3.7(2.4)	3.1(2.1)	3.5(2.3)
Hiperactividad	5.6(2.5)	4.7(2.3)	5.3(2.5)
Problemas de relación	2.9(2.3)	2.7(2.2)	2.8(2.3)
Conducta prosocial	7.5(2.3)	7.8(2.3)	7.6(2.3)
Total	16(6.9)	14.7(6.6)	15.5(6.8)

Tabla 26. SDQ Padres puntuaciones medias

Según la valoración de los adolescentes, se obtuvo una puntuación media de 2.9 (2.5) en problemas emocionales, 2.6 (1.9) en problemas conductuales, 4.8 (2.4) en

hiperactividad, 1.9 (2) en problemas de relación, 8.3 (1.6) en conducta prosocial y 12.4 (6.3) en la escala total. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en las medias (2.5 y 3.8 respectivamente) de problemas emocionales ( $t=-3.546$ , no se puede asumir la homogeneidad de varianzas según test de Levene;  $gI=145.93$ ;  $p=0.001$ ).

	Hombres M (DT)	Mujeres M(DT)	Total M (DT)
Problemas emocionales	2.5(2.3)	3.8(2.7)	2.9(2.5)
Problemas conductuales	2.7(2)	2.4(1.7)	2.6(1.9)
Hiperactividad	5(2.4)	4.5(2.3)	4.8(2.4)
Problemas de relación	2(2)	1.9(2)	1.9(2)
Conducta prosocial	8.2(1.7)	8.4(1.6)	8.3(1.6)
Total	12.1(6.4)	12.8(6.2)	12.4(6.3)

Tabla 27. SDQ Adolescentes puntuaciones medias

El SDQ dispone de puntos de corte a partir de los cuales la puntuación de la escala se considera problemática. Las puntuaciones de los padres en el SDQ muestran que el 25.8% (IC 95% 21.6-32.3) de los adolescentes supera el punto de corte para los problemas emocionales, el 28.5% (IC 95% 26.1-37.8) para los problemas conductuales, el 10.9% (IC 95% 7.82-15.44) para la hiperactividad, el 21.3% (IC 95% 17.19-27.14) para los problemas de relación, el 28.8% (IC 95% 24.2-35.17) para mostrar conductas prosociales y finalmente el 26.2% (IC 95% 23.78-35.21) en la escala total. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en la escala de hiperactividad ( $\chi^2=11.905$ ;  $gI=1$ ;  $p=0.001$ ), con una frecuencia del 15.6% en el caso de los chicos y del 2.1% en el de las chicas.

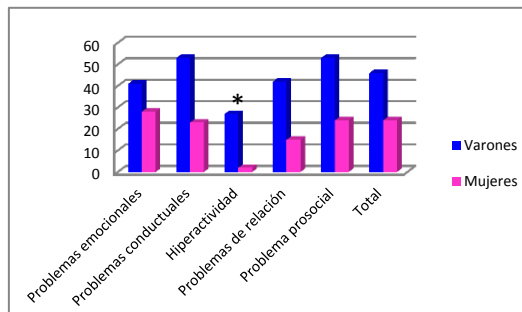


Figura 48. SDQ Padres, proporción de casos positivos

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Problemas emocionales	41(23.7)	28(29.8)	69(25.8)
Problemas conductuales	53(30.6)	23(24.5)	76(28.5)
Hiperactividad	27(15.6)	2(2.1)	29(10.9)
Problemas de relación	42(24.3)	15(16)	57(21.3)
Problema prosocial	53(30.6)	24(25.5)	77(28.8)
Total	46(26.6)	24(25.5)	70(26.2)

Tabla 28. SDQ Padres, casos positivos

Con los datos de los padres se calculó además el índice de disregulación emocional y se observó que cumplían el punto de corte un 21.7% (IC 95% 19.27-30.08) de los adolescentes. Habiéndose hallado diferencias con significación estadística ( $\chi^2=6.473$ ;  $gI=1$ ;  $p=0.011$ ) entre varones (26%) y mujeres (13.8%).

Las puntuaciones de los adolescentes muestran una menor proporción de casos que superan el punto de corte, excepto en el caso de la hiperactividad, en comparación a las puntuaciones de los padres. Los problemas emocionales se detectan en el 12.4% (IC 95% 9.22-17.35) de los casos, los problemas conductuales aparecieron en el 16.1% (IC 95% 13.94-23.84), la hiperactividad en el 23.2% (IC 95% 21.25-32.5), los problemas de relación en el 5.6% (IC 95% 3.94-10.35), los problemas para mostrar conductas prosociales en el 2.2% (IC 95% 1.2-5.55) y en la escala total el 12% (IC 95% 10.03-18.98) Únicamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2=8.031$ ;  $gI=1$ ;  $p=0.005$ ) entre los varones (8.1%) y las mujeres (20.2%) en la escala de problemas emocionales.

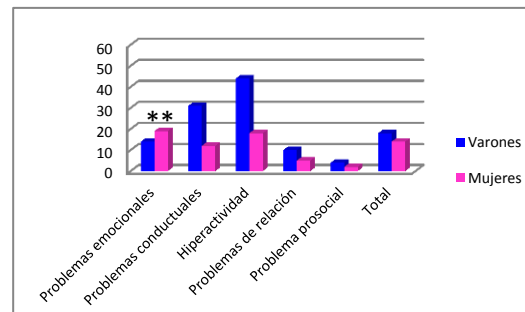


Figura 49. SDQ Adolescentes, proporción de casos positivos

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Problemas emocionales	14(8.1)	19(20.2)	33(12.4)
Problemas conductuales	31(17.9)	12(12.8)	43(16.1)
Hiperactividad	44(25.4)	18(19.1)	62(23.2)
Problemas de relación	10(5.8)	5(5.3)	15(5.6)
Problema prosocial	4(2.3)	2(2.1)	6(2.2)
Total	18(10.4)	14(14.9)	32(12)

Tabla 29. SDQ Adolescentes, casos positivos

### 6.1.6. Antecedentes

#### 6.1.6.1. PERSONALES

Los padres señalaron que 43% (IC 95% 41.72-54.21) de los adolescentes tuvieron complicaciones durante el embarazo, el 29.2% (IC 95% 25.99-37.48) durante el parto y el 5.6% después del nacimiento. Un 38.9% (IC 95% 33.3-44.92) tenían antecedentes de tratamientos médicos y un 42.7% (IC 95% 40.56-52.98) antecedentes psiquiátricos, habiendo sólo tres varones que habían tenido ingresos psiquiátricos previos. Únicamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en los antecedentes psiquiátricos ( $\chi^2=4.315$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.038$ ).

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
Complicaciones prenatales	73(42.2)	43(45.7)	116(43.4)
Complicaciones perinatales	50(28.9)	28(29.8)	78(29.2)
Complicaciones postnatales	9(5.2)	6(6.4)	15(5.6)
Tratamiento médicos	74(42.8)	30(31.9)	104(38.9)
Tratamiento psiquiátricos	82(47.4)	32(34)	114(42.7)
Ingresos psiquiátricos	3(1.7)	0(0)	3(1.1)

Tabla 30. Antecedentes personales

#### 6.1.6.2. FAMILIARES

Un 9% (IC 95% 8.12-17.07) de los padres de los adolescentes tuvieron antecedentes de depresión, frente a un 25% (IC 95% 23.96-35.75) de las madres. El 12% (IC 95% 11.69-21.92) de los padres refirieron antecedentes de ansiedad frente al 27.7% (IC 95% 26.96-39.11) de las madres. Respecto a la esquizofrenia un único padre refirió este diagnóstico. Dos padres y una madre señalaron tener diagnóstico de bipolares. Un 4.5% (IC 95% 3.47-10.19) de los padres y un 3% (IC 95% 1.8-6.83) de las madres señalaron tener antecedentes de

problemas con el alcohol. Cuatro madres tenían historia previa de intentos de suicidio. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo de los adolescentes.

	Varones N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)
<b>PADRE</b>			
Depresión	15(8.7)	9(9.6)	24(9)
Ansiedad	20(11.6)	12(12.8)	32(12)
Esquizofrenia	1(0.6)	0(0)	1(0.4)
TAB	2(1.2)	0(0)	2(0.8)
Alcohol	7(4)	5(5.3)	12(4.5)
<b>MADRE</b>			
Depresión	40(23.1)	27(28.7)	67(25)
Ansiedad	48(27.7)	26(27.7)	74(27.7)
TAB	1(0.6)	0(0)	1(0.4)
Alcohol	5(2.9)	3(3.2)	8(3)
Suicidio	2(1.2)	2(2.2)	4(1.5)

Tabla 31. Antecedentes familiares

## 6.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO

Para llevar a cabo el análisis de los factores de riesgo y protección, se dividió a los participantes del estudio en tres grupos:

- Grupo control: aquellos que no manifestaron haber sufrido ninguna de las conductas autoagresivas exploradas. Compuesto por 140 adolescentes.
- Grupo pensamientos autoagresivos: aquellos quienes tuvieron ideación de muerte o planificación suicida pero nunca se intentaron suicidar. Compuesto por 43 adolescentes.
- Grupo intento de suicidio: aquellos que se intentaron suicidar. Compuesto por 12 adolescentes.

Se excluyeron de los análisis 29 pacientes ya que no cumplían los criterios para pertenecer a ninguno de los tres grupos.

### 6.2.1. Análisis univariados

#### 6.2.1.1. SOCIODEMOGRÁFICOS

Se halló significación estadística para la relación entre las autolesiones y el sexo y la edad.

Respecto al sexo, los datos mostraron que ser mujer incrementaba el riesgo de realizar intentos de suicidio 9.9 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	47(33.6)					
IDEACIÓN	19(44.2)	1.595	1	0.207	1.566	0.781-3.144
INTENTO	10(83.3)	8.311	1	0.004	9.894	2.083-46.996

**Tabla 32. Factor de riesgo para intento de suicidio: sexo femenino**

En relación a la edad se observó un aumento del riesgo 1.2 veces en la aparición de ideación o planificación suicida, y 1.4 veces en la realización de intentos de suicidio, por cada año de edad cumplido.

	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	13.9(2)					
IDEACIÓN	14.7(1.9)	5.197	1	0.023	1.236	1.03-1.483
INTENTO	15.2(1.5)	4.385	1	0.036	1.448	1.024-2.047

**Tabla 33. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: edad**

No se halló significación estadística para las siguientes variables: país de origen, convivencia, adopción, escolarización-repetición de curso, nivel educativo de los padres o de las madres y nivel económico de la familia.

### 6.2.1.2. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

#### AVE

Se halló significación a nivel estadístico entre la ideación suicida y los intentos de suicidio y los siguientes acontecimientos vitales estresantes: conflictos con la familia, adicción de un familiar, cambio de trabajo, problemas con los iguales, problemas en el área sexual, ruptura de pareja, infidelidad por parte de la pareja, conflictos de pareja, traición por parte de un amigo, discusiones o conflictos con algún conocido y aislamiento o humillación por parte de los iguales.

El haber tenido conflictos importantes con la familia incrementaba el riesgo de ideación suicida 2.7 veces y el de intentos de suicidio, 7 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	49(39.2)					
IDEACIÓN	26(63.4)	7.052	1	0.008	2.688	1.296-5.578
INTENTO	9(81.8)	5.856	1	0.016	6.980	1.447-33.672

**Tabla 34. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: conflictos con la familia**

La adicción de un familiar incrementaba el riesgo de ideación suicida 3.7 veces y el de intento de suicidio 9.3 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	10(8.2)					
IDEACIÓN	10(25)	7.163	1	0.007	3.733	1.423-9.796
INTENTO	5(45.5)	10.490	1	0.001	9.333	2.416-36.062

**Tabla 35. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: adicción de un familiar**

El cambio de centro de estudios o de trabajo incrementaba el riesgo de ideación suicida 2.6 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	35(28.5)					
IDEACIÓN	20(51.3)	6.644	1	0.010	2.647	1.263-5.547
INTENTO	6(54.5)	2.999	1	0.083	3.017	0.865-10.529

**Tabla 36. Factor de riesgo para ideación suicida: cambio centro de estudios/trabajo**

Los problemas con iguales incrementaban el riesgo de intento de suicidio 4,5 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	35(27.8)					
IDEACIÓN	17(43.6)	3.384	1	0.066	2.009	0.955-4.225
INTENTO	7(63.6)	5.309	1	0.021	4.550	1.254-16.51

**Tabla 37. Factor de riesgo para intento de suicidio: problemas con iguales**

Los problemas en el ámbito de la sexualidad incrementaban el riesgo de ideación suicida 5.4 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	4(3.2)					
IDEACIÓN	6(15.4)	6.321	1	0.008	5.455	1.453-20.47
INTENTO	1(9.1)	0.889	1	0.346	3.000	0.306-29.456

**Tabla 38. Factor de riesgo para ideación suicida: problemas con sexualidad**

La ruptura de una pareja incrementaba el riesgo de ideación suicida 3.4 veces y el de intentar suicidarse 5.6 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	16(12.9)					
IDEACIÓN	13(33.3)	7.906	1	0.005	3.375	1.446-7.88
INTENTO	5(45.5)	6.805	1	0.009	5.625	1.536-20.594

**Tabla 39. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: ruptura con la pareja**

El haber sufrido una infidelidad por parte de la pareja incrementaba el riesgo de intentar suicidarse 11.2 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	6(4.8)					
IDEACIÓN	4(10.3)	1.446	1	0.229	2.248	0.6-8.415
INTENTO	4(36.4)	10.305	1	0.001	11.238	2.566-49.227

**Tabla 40. Factor de riesgo para intento de suicidio: infidelidad de la pareja**

Los conflictos importantes con la pareja incrementaban el riesgo de ideación suicida 5.4 veces y el de intentos de suicidio 6.7 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	4(3.2)					
IDEACIÓN	6(15.4)	6.321	1	0.012	5.455	1.453-20.47
INTENTO	2(18.2)	4.139	1	0.042	6.667	1.072-41.458

**Tabla 41. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: conflictos con pareja**

La traición por parte de un amigo incrementaba el riesgo de ideación suicida

3.1 veces y el de intento de suicidio 4.7 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	25(20.2)					
IDEACIÓN	17(43.6)	8.102	1	0.004	3.060	1.417-6.609
INTENTO	6(54.5)	5.828	1	0.016	4.752	1.341-16.842

**Tabla 42. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: traición de amigo**

Los conflictos importantes con algún conocido incrementaban el riesgo de ideación suicida 3.1 veces y el de intentar suicidarse 6.5 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	14(11.3)					
IDEACIÓN	11(28.2)	6.133	1	0.013	3.087	1.265-7.532
INTENTO	5(45.5)	7.896	1	0.005	6.548	1.766-24.283

**Tabla 43. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: conflictos con conocido**

El haber sufrido el aislamiento o la humillación por parte de iguales incrementaba el riesgo de ideación suicida 2.9 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	20(16.1)					
IDEACIÓN	14(35.9)	6.679	1	0.010	2.912	1.295-6.55
INTENTO	3(27.3)	0.861	1	0.353	1.950	0.476-7.992

**Tabla 44. Factor de riesgo para ideación suicida: aislamiento o humillación por parte de iguales**

## AVE TOTAL

Se halló significación estadística entre la ideación de muerte y los intentos de suicidio y el número total de acontecimientos vitales estresantes vividos por los adolescentes.

Por cada nuevo acontecimiento vital estresante aumentaba el riesgo de ideación o planificación suicida 1.2 veces, y el riesgo de intentos de suicidio 1.3 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	5.1(3.415)					
IDEACIÓN	7.7(3.7)	13.719	1	0.000	1.213	1.095-1.343
INTENTO	9.2(4.7)	11.178	1	0.001	1.323	1.123-1.559

**Tabla 45. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: acumulación de acontecimientos vitales estresantes**

Se generó una variable dicotómica que clasificó a los adolescentes en dos grupos, aquellos que vivieron hasta un máximo de 8 sucesos y aquellos que sufrieron más de 8. Se obtuvo significación estadística para



la relación entre las autolesiones y el haber vivido más de 8 acontecimientos vitales estresantes. Como puede observarse en la tabla, el haber sufrido más de 8 acontecimientos vitales estresantes elevaba el riesgo de tener ideación o planificación suicida 4.2 veces y de realizar intentos de suicidio 5.9 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	20(16.9)					
IDEACIÓN	18(46.2)	12.605	1	0.000	4.2	1.902-9.275
INTENTO	6(54.5)	7.352	1	0.007	5.88	1.634-21.16

**Tabla 46. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: más de 8 acontecimientos vitales estresantes**

### AVE IMPACTO

Se halló significación estadística para la relación entre el impacto medio de los acontecimientos vitales estresantes y la ideación suicida e intentos de suicidio. Por cada punto que incrementaba el impacto medio de los acontecimientos vitales estresantes vividos, aumentaba 1.2 veces el riesgo de ideación suicida y 1.6 veces el riesgo de intentos de suicidio.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	4.7(2.2)					
IDEACIÓN	5.7(1.6)	5.438	1	0.020	1.244	1.035-1.495
INTENTO	6.7(2.4)	7.480	1	0.006	1.641	1.151-2.341

**Tabla 47. Factor de riesgo ideación e intento de suicidio: impacto medio de acontecimientos vitales estresantes**

#### 6.2.1.3. VARIABLES CLÍNICAS

### DIAGNÓSTICO

No se halló significación estadística en el diagnóstico asignado a los adolescentes.

### SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA

Debido a la baja frecuencia de algunas categorías, para poder realizar los análisis se generó una nueva variable dicotómica con dos categorías según la gravedad. La primera formada por la sintomatología marcada y moderada; y la segunda por la sintomatología leve, la sintomatología dudosa y sin sintomatología o normal. No se halló significación estadística para la relación entre la ideación suicida o intentos

de suicidio y la severidad de la sintomatología.

### NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

No se halló significación estadística para la relación entre la ideación suicida o los intentos de suicidio y el nivel de funcionamiento medido por el C-GAS.

### TRATAMIENTO

No se halló significación estadística para la relación entre la ideación suicida o los intentos de suicidio y la duración del seguimiento.

#### 6.2.1.4. DIMENSIONES PSICOLÓGICAS

### APGAR FAMILIAR

Se halló significación estadística para la relación entre el funcionamiento familiar y los intentos de suicidio. Como puede observarse en la tabla, por cada incremento en la puntuación en la escala APGAR se reduce el riesgo de tener ideación suicida 1.5 veces y de realizar un intento de suicidio 1.6 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	7.9(1.9)					
IDEACIÓN	5.9(2.2)	22.426	1	0.000	0.655	0.549-0.78
INTENTO	5.8(2.6)	9.674	1	0.002	0.642	0.485-0.849

**Tabla 48. Factor de protección para ideación e intento de suicidio: funcionamiento familiar**

Además se halló significación estadística para la variable agrupada por rangos de funcionamiento familiar medido por el APGAR. Como puede observarse en la siguiente tabla, el valorar a la propia familia como altamente funcional supuso un factor de protección tanto para la ideación suicida (7.7 veces) como para los intentos de suicidio (7.2 veces). Incluso el funcionamiento moderadamente disfuncional supuso un factor de protección para la ideación y planificación suicidas reduciendo su riesgo de aparición 4.3 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
<b>CONTROL</b>						
Altamente funcional	87(66.9)					
Moderadamente disfuncional	27(20.8)					
Severamente disfuncional	16(12.3)					
<b>IDEACIÓN</b>						
Altamente funcional	14(33.3)	21.505	1	<b>0.000</b>	0.129	0.054-0.306
Moderadamente disfuncional	8(19)	7.548	1	<b>0.006</b>	0.237	0.085-0.662
Severamente disfuncional	20(47.6)					
<b>INTENTOS</b>						
Altamente funcional	3(27.3)	5.970	1	<b>0.015</b>	0.138	0.028-0.676
Moderadamente disfuncional	4(36.4)	0.457	1	0.499	0.593	0.13-2.703
Severamente disfuncional	4(36.4)					

**Tabla 49. Factor de protección para ideación e intento de suicidio: buen funcionamiento familiar**

### STAXI-NA

En el análisis mediante los percentiles, se halló significación estadística para la relación entre los intentos de suicidio y la escala Ira Rasgo Temperamento, Ira Rasgo Total e Internalización de la Ira.

Por cada aumento de un percentil en la puntuación de la escala Ira Rasgo Temperamento aumentaba el riesgo de intentos de suicidio 1.03 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
<b>CONTROL</b>						
IDEACIÓN	53.1(26.7)					
INTENTO	59.8(28.6)	1.756	1	0.185	1.009	0.996-1.023
	72.55(25.5)	4.573	1	<b>0.032</b>	1.029	1.002-1.057

**Tabla 50. Factor de riesgo para intento de suicidio: ira rasgo temperamento**

Por cada aumento de un percentil en la puntuación de la escala Ira Rasgo Total, aumentaba el riesgo de intentos de suicidio 1.003 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
<b>CONTROL</b>						
IDEACIÓN	47(29.8)					
INTENTO	57.3(30.7)	3.336	1	0.068	1.011	0.999-1.024
	69.4(28)	4.914	1	<b>0.027</b>	1.003	1.003-1.052

**Tabla 51. Factor de riesgo para intento de suicidio: ira rasgo total**

Por cada aumento de un percentil en la puntuación de la Internalización de la Ira aumentaba el riesgo de ideación suicida 1.02 veces y el de intentos de suicidio 1.03 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
<b>CONTROL</b>						
IDEACIÓN	39.6(30.8)					
INTENTO	58.41(31.4)	9.896	1	<b>0.002</b>	1.019	1.007-1.032
	66.2(26.5)	6.367	1	<b>0.012</b>	1.028	1.006-1.051

**Tabla 52. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: internalización de la ira**

No se halló significación estadística en las escalas de: Expresión de Ira, Ira Estado, Ira Rasgo Reacción, Externalización de la Ira, Control Externo de la Ira, Control Interno de la Ira, Control Total de la Ira.

Al clasificar las puntuaciones en las tres categorías (baja: percentil menor de 85; media: del percentil 85 al 95; y alta: percentil mayor del 95) se halló significación estadística para la relación entre los intentos de suicidio y las puntuaciones por encima del percentil 85 en las siguientes escalas: Ira Rasgo Temperamento, Externalización de la Ira.

Una puntuación entre el percentil 85 y 95 incrementaba el riesgo de intento de suicidio 8.4 veces y 7 veces una puntuación por encima del percentil 95.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
<b>CONTROL</b>						
Alto	6(5)					
Medio	10(8.3)					
Bajo	105(86.8)					
<b>IDEACIÓN</b>						
Alto	4(10.3)	1.562	1	0.211	2.333	0.618-8.810
Medio	5(12.8)	0.913	1	0.339	1.750	0.555-5.514
Bajo	30(76.9)					
<b>INTENTO</b>						
Alto	2(18.2)	4.322	1	<b>0.038</b>	7.000	1.118-43.84
Medio	4(36.4)	8.095	1	<b>0.004</b>	8.400	1.939-36.391
Bajo	5(45.5)					

**Tabla 53. Factor de riesgo para intento de suicidio: elevada ira rasgo temperament**

No se halló significación estadística para las subescalas: Ira Rasgo Reacción, Ira Rasgo Total, Externalización de la Ira, Internalización de la Ira, Control Interno de la Ira, Control Total de la Ira.

### CDI

Se halló significación estadística entre la ideación suicida y los intentos de suicidio y todas las escalas del CDI: puntuación total del CDI, escala de Autoestima negativa y escala de Disforia.

Por cada aumento en un percentil en la puntuación total del CDI se incrementaba el riesgo de ideación suicida 1.04 veces y 1.02 veces el de los intentos de suicidio.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	37.2(30.6)					
IDEACIÓN	73.14(27.4)	29.318	1	0.000	1.044	1.028-1.060
INTENTO	56.3(23.3)	3.847	1	0.050	1.02	1-1.04

**Tabla 54. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: sintomatología depresiva**

Por cada aumento en un percentil en la puntuación total del CDI se incrementaba el riesgo de ideación suicida 1.04 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	35.5(28.8)					
IDEACIÓN	68(28.6)	28.100	1	0.000	1.041	1.025-1.056
INTENTO	48.4(23.2)	2.075	1	0.150	1.015	0.995-1.035

**Tabla 55. Factor de riesgo ideación e intento de suicidio: autoestima negativa**

Por cada aumento en un percentil en la puntuación total del CDI se incrementaba el riesgo de ideación suicida 1.05 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	50.2(26.9)					
IDEACIÓN	77.5(22.4)	24.154	1	0.000	1.050	1.03-1.071
INTENTO	66.7(21.2)	3.711	1	0.054	1.025	1-1.05

**Tabla 56. Factor de riesgo ideación e intento de suicidio: disforia**

Al clasificar las puntuaciones en dos categorías, se halló de nuevo significación estadística para la relación entre la ideación suicida y las puntuaciones por encima del percentil 85 en la escala total del CDI, en la escala de Autoestima negativa y en la escala de Disforia.

Aquellos que obtuvieron una puntuación por encima del percentil 85 en la escala Total del CDI tenían un riesgo 11.2 veces mayor de tener ideación o planificación suicida. Ninguno de los adolescentes que intentaron suicidarse puntuó en la escala total del CDI por encima del percentil 85.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	8(5.7)					
IDEACIÓN	17(40.5)	25.261	1	0.000	11.220	4.37-28.804
INTENTO	0	0.355	1	0.552	0.069	1.024e <sup>-461.8</sup>

**Tabla 57. Factor de riesgo para ideación suicida: elevada sintomatología depresiva**

Aquellos que obtuvieron una puntuación por encima del percentil 85 en la escala Autoestima Negativa del CDI tenían un riesgo 13.2 veces mayor de tener ideación o planificación suicida. Ninguno de los adolescentes que habían intentado quitarse la vida puntuó por encima del percentil 85 en la escala de autoestima negativa.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	5(3.6)					
IDEACIÓN	14(33.3)	21.154	1	0.000	13.2	4.396-39.637
INTENTO	0	0.240	1	0.624	0.11	1.611e <sup>-751.046</sup>

**Tabla 58. Factor de riesgo para ideación suicida: elevada autoestima negativa**

Aquellos que obtuvieron una puntuación por encima del percentil 85 en la escala Disforia del CDI tenían un riesgo 7.3 veces mayor de tener ideación o planificación suicida.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	13(9.3)					
IDEACIÓN	18(42.9)	21.791	1	0.000	7.327	3.175-16.907
INTENTO	1(8.3)	0.012	1	0.888	0.11	0.106-7.437

**Tabla 59. Factor de riesgo para ideación suicida: elevada disforia**

## SDQ Padres

Se halló significación estadística para la relación entre la ideación suicida y los intentos de suicidio y la puntuación total, la escala de problemas de emocionales, y el perfil de disregulación emocional del SDQ completado por los padres.

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte en la escala total del SDQP tenían 1.06 veces más riesgo de ideación o planificación suicida y 1.1 veces más riesgo de intento de suicidio.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	28(22)					
IDEACIÓN	15(38.5)	4.615	1	0.032	1.062	1.005-1.121
INTENTO	6(54.5)	4.642	1	0.031	1.108	1.009-1.217

**Tabla 60. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: SDQP Total**

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte de la escala emocional del SDQP tenían 2.8 veces más riesgo de ideación suicida y 11.2 veces más riesgo de intentos de suicidio.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	27(19.3)					
IDEACIÓN	16(40)	7.017	1	0.008	2.79	1.306-5.961
INTENTO	8(72.7)	11.542	1	0.001	11.16	2.775-44.886

**Tabla 61. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: SDQP Síntomas emocionales**

No se halló significación estadística en la escala de problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros, conducta prosocial.

### SDQ Adolescentes

Se halló significación estadística para la relación entre la ideación suicida y los intentos de suicidio y la escala total, la emocional y los problemas de conducta del SDQ completado por los adolescentes.

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte en la escala total del SDQA tenían 1.1 veces más riesgo de ideación o planificación suicida y 1.2 veces más riesgo de intento de suicidio.

	N(%)	B	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	10(8.4)					
IDEACIÓN	13(33.3)	0.129	1	0.000	1.138	1.068-1.121
INTENTO	5(45.5)	0.17	1	0.001	1.185	1.068-1.316

**Tabla 62. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: SDQA Total**

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte en la escala emocional del SDQA tenían 6.8 veces más riesgo de ideación o planificación suicida y 8.3 veces más riesgo de intento de suicidio.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	9(6.4)					
IDEACIÓN	13(31.7)	15.778	1	0.000	6.758	2.632-17.348
INTENTO	4(36.4)	8.771	1	0.003	8.317	2.047-33.793

**Tabla 63. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: SDQA Sintomatología emocional**

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte en la escala de problemas de conducta del SDQA tenían 5.1 veces más riesgo de intento de suicidio.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	17(14)					
IDEACIÓN	10(24.4)	0.639	1	0.129	1.973	0.82-4.748
INTENTO	5(45.5)	0.252	1	0.014	5.098	1.399-18.573

**Tabla 64. Factor de riesgo para intento de suicidio: SDQA Problemas de conducta**

No se halló significación estadística en la escala de hiperactividad, problemas con compañeros, conducta prosocial.

#### 6.2.1.5. ANTECEDENTES

### PERSONALES

No se halló significación estadística para las complicaciones prenatales, perinatales, postnatales. Tampoco para el tratamiento médico previo, antecedentes de tratamientos psiquiátricos, ni entre los tipos de tratamientos previos.

### FAMILIARES

Se halló significación estadística para la relación entre los intentos de suicidio y los antecedentes paternos de alcoholismo.

Los antecedentes de alcoholismo paterno aumentaban 12.9 veces el riesgo de intentos de suicidio.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	4(3.7)					
IDEACIÓN	1(4)	0.004	1	0.951	1.073	0.115-10.037
INTENTO	3(33.3)	8.595	1	0.003	12.875	2.333-71.067

**Tabla 65. Factor de riesgo para intento de suicidio: alcoholismo paterno**

No se halló significación estadística para los antecedentes de depresión, ansiedad alcoholismo, ni suicidio en las madres. Tampoco para los antecedentes de depresión, ansiedad, esquizofrenia trastorno afectivo bipolar en los padres.

## 6.2.2. Resumen de los factores asociados a las autoagresiones con intención suicida

FACTORES DE RIESGO	OR	IC 95%	FACTORES DE PROTECCIÓN	OR	IC 95%
AVE: conflictos con la familia	2.69	1.3-5.58	APGAR	0.655	0.549-0.78
AVE: adicción familia	3.73	1.42-9.80	APGAR Familia funcional	0.129	0.054-0.306
AVE: cambio de trabajo	2.65	1.26-5.55	APGAR Moderadamente disfuncional	0.237	0.085-0.662
AVE: sexualidad	5.45	1.45-20.47			
AVE: ruptura de pareja	3.37	1.45-7.88			
AVE: conflictos de pareja	5.45	1.45-20.47			
AVE: traición de un amigo	3.06	1.42-6.61			
AVE: conflicto con conocidos	3.09	1.26-7.53			
AVE: asilamiento o humillación	2.91	1.29-6.55			
Más de 8 AVE	4.3	1.9-9.27			
CDI Total. Pc>85	11.22	4.37-28.8			
CDI Autoestima negativa. Pc>85	13.2	4.39-39.64			
CDI Disforia. Pc>85	7.33	3.17-16.91			
SDQP Emocional	2.79	1.31-5.96			
SDQA Emocional	6.76	2.63-17.35			

Tabla 66. Resumen factores de riesgo asociados a ideación suicida

FACTORES DE RIESGO	OR	IC 95%	FACTORES DE PROTECCIÓN	OR	IC 95%
Mujer	9.89	2.08-46.99	APGAR	0.642	0.485-0.849
AVE: conflictos familia	6.98	1.45-33.67	APGAR Familia funcional	0.138	0.028-0.676
AVE: adicción familia	9.33	2.42-36.06			
AVE: problemas con iguales	4.55	1.25-16.51			
AVE: ruptura de pareja	5.62	1.54-20.59			
AVE: infidelidad de pareja	11.24	2.57-49.28			
AVE: conflictos de pareja	6.67	1.07-41.46			
AVE: traición amigo	4.75	1.34-16.84			
AVE: conflicto con conocido	6.55	1.72-24.28			
Más de 8 AVE	5.88	1.63-21.16			
STAXI-NA Ira Rasgo Temperamento Pc85-95	8.4	1.94-36.39			
STAXI-NA Ira Rasgo Temperamento >Pc95	7	1.12-43.84			
SDQP Emocional	11.16	2.77-48.89			
SDQA Emocional	8.32	2.05-33.79			
SDQA Conducta	5.1	1.34-18.57			
Alcoholismo paterno	12.87	2.33-71.07			

Tabla 67. Resumen factores asociados a intentos de suicidio

### 6.2.3. Análisis multivariados

Se calculó un modelo de regresión múltiple mediante el procedimiento de pasos sucesivos hacia atrás. Se introdujeron todas las variables que habían resultado ser significativas en los análisis univariados previos, a excepción del CDI dado que contiene en uno de sus ítems la variable dependiente (ideación suicida).

Se introdujeron en el modelo: el sexo, la edad, la acumulación de acontecimientos vitales estresantes, el impacto medio de los acontecimientos vitales estresantes, el funcionamiento familiar (APGAR), el rasgo temperamento de ira (STAXI-NA), (SDQP), los problemas emocionales (SDQA) y los antecedentes de alcoholismo paterno.

En el caso del SDQ, para evitar problemas de multicolinealidad, se decidió emplear la escala emocional de adolescentes (SDQA) y la escala total en el caso de los padres (SDQP).

El modelo final presentaba un buen ajuste ( $\chi^2=163.697$ ,  $p=0.917$ ) y una elevada predictibilidad, con un 78.6% de sujetos clasificados correctamente. En las siguientes tablas (68 y 69) se pueden observar los factores de riesgo y protección independientes controlando el efecto todas las variables introducidas en el modelo.

El haber sufrido más de 8 acontecimientos vitales estresantes incrementaba el riesgo de ideación suicida 4 veces. El superar el punto de corte de la escala de problemas emocionales del SDQ completado por los adolescentes incrementaba el riesgo de ideación suicida cerca de 7 veces.

Finalmente, en relación a los factores de protección, el buen funcionamiento familiar (medido a través del APGAR) reducía el riesgo de ideación suicida 7 veces y de intentos de suicidio 11 veces.

Factores de riesgo ideación suicida	B	Error tip	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
Acontecimientos vitales estresantes (>8)	1.389	0.657	4.477	1	0.034	4.01	1.108-14.528
Problemas emocionales (SDQA)	1.927	0.781	6.084	1	0.014	6.87	1.486-31.783
<b>Factores de protección ideación suicida</b>							
Familia funcional (APGAR)	-1.953	0.779	6.286	1	0.012	0.14	0.031-0.653

Tabla 68. Modelo de regresión logística multivariada para ideación suicida

Factores de protección intentos de suicidio	B	Error tip	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
Familia funcional (APGAR)	-2.404	1.225	3.849	1	0.050	0.09	0.008-0.998

Tabla 69. Modelo de regresión logística múltiple para intentos de suicidio

### 6.3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LAS AUTOLESIONES

Para llevar a cabo el análisis de los factores de riesgo y protección, se dividió a los participantes del estudio en tres grupos:

- Grupo control: aquellos que no manifestaron haber sufrido ninguna de las conductas autoagresivas exploradas. Compuesto por 140 adolescentes.
- Grupo pensamientos autoagresivos: aquellos quienes tuvieron pensamientos autolesivos pero nunca se infligieron autolesiones. Compuesto por 39 adolescentes
- Grupo autolesiones: aquellos que se realizaron autolesiones. Compuesto por 59 adolescentes.

Se excluyeron de los análisis 29 pacientes ya que no cumplían los criterios para pertenecer a ninguno de los tres grupos.

#### 6.3.1. Análisis univariados

##### 6.3.1.1. SOCIODEMOGRÁFICOS

No se halló significación estadística en ninguna de las variables sociodemográficas: sexo, edad, país de origen, convivencia, adopción, escolarización cursos repetidos, nivel educativo de los padres o de las madres y nivel económico familiar.

##### 6.3.1.2. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

#### AVE

Se halló significación a nivel estadístico para la relación entre las autolesiones y los siguientes acontecimientos vitales estresantes: adicción de un familiar, ruptura de pareja, conflicto de pareja, discusiones con conocido y conflictos con la familia.

La adicción de un familiar incrementaba el riesgo de autolesiones 4.4 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	10(8.2)					
PENSAMIENTOS	3(8.6)	0.005	1	0.943	1.050	0.273-4.045
AUTOLESIONES	15(28.3)	10.942	1	0.001	4.421	1.832-10.666

**Tabla 70. Factor de riesgo para autolesiones: adicción familiar**

El haber sufrido la ruptura de una pareja, incrementaba el riesgo de autolesiones 3.9 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	16(12.9)					
PENSAMIENTOS	3(8.6)	0.480	1	0.488	0.633	0.173-2.31
AUTOLESIONES	19(36.5)	11.912	1	0.001	3.886	1.798-8.401

**Tabla 71. Factor de riesgo para autolesiones: ruptura de pareja**

El haber tenido conflictos de pareja, incrementaba el riesgo de autolesiones 8 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	4(3.2)					
PENSAMIENTOS	1(2.9)	0.012	1	0.912	0.882	0.095-8.158
AUTOLESIONES	11(21.2)	11.641	1	0.001	8.049	2.429-26.671

**Tabla 72. Factor de riesgo para autolesiones: conflicto de pareja**

Los conflictos importantes con conocidos incrementaban el riesgo de autolesiones 3.8 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	14(11.3)					
PENSAMIENTOS	7(20)	1.759	1	0.185	1.964	0.724-5.327
AUTOLESIONES	17(32.7)	10.682	1	0.001	3.816	1.709-8.52

**Tabla 73. Factor de riesgo para autolesiones: conflictos con conocidos**

Los conflictos con la familia incrementaban el riesgo de autolesiones 2.4 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	49(39.2)					
PENSAMIENTOS	19(54.3)	2.509	1	0.113	1.842	0.865-3.922
AUTOLESIONES	34(60.7)	7.048	1	0.008	2.397	1.257-4.571

**Tabla 74. Factor de riesgo para autolesiones: conflictos con la familia**

#### AVE TOTAL

Se halló significación estadística para la relación entre las autolesiones y el número total de acontecimientos vitales estresantes vividos por los adolescentes. Como puede observarse en la siguiente tabla, por cada nuevo acontecimiento el riesgo de autolesiones aumenta 1.15 veces.



	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	5.1(3.4)					
PENSAMIENTOS	5 (3.6)	0.005	1	0.947	0.996	0.89-1.11
AUTOLESIONES	7.2(4.1)	10.37	1	0.001	1.155	1.58-1.261

**Tabla 75. Factor de riesgo para autolesiones: acumulación de acontecimientos vitales estresantes**

Se generó una variable dicotómica que clasificó a los adolescentes en dos grupos, aquellos que vivieron hasta un máximo de 8 sucesos y aquellos que sufrieron más de 8. Se obtuvo significación estadística para la relación entre las autolesiones y el haber vivido más de 8 acontecimientos vitales estresantes. Como puede observarse en la tabla, el haber sufrido más de 8 acontecimientos vitales estresantes elevaba el riesgo de haberse realizado autolesiones 3.32 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	20(16.9)					
PENSAMIENTOS	6(18.2)	0.027	1	0.868	1.089	0.398-2.98
AUTOLESIONES	21(40.4)	10.276	1	0.001	3.319	1.594-6.913

**Tabla 76. Factor de riesgo para autolesiones: más de 8 acontecimientos vitales estresantes**

## AVE IMPACTO

No se halló significación estadística en la relación entre el impacto medio de los acontecimientos vitales estresantes y los pensamientos autoagresivos ni las autolesiones.

### 6.3.1.3. VARIABLES CLÍNICAS

## DIAGNÓSTICOS

No se halló significación estadística para la relación entre los pensamientos autoagresivos o las autolesiones y los diagnósticos principales ni secundarios.

## SEVERIDAD DE SINTOMATOLOGÍA

No se halló significación estadística para la relación entre la severidad de la sintomatología y las conductas autoagresivas.

## NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Se halló significación estadística para la relación entre el nivel de funcionamiento medido por el C-GAS y las autolesiones. Cada punto que aumentaba la puntuación en el C-GAS, aumentaba la protección con respecto a las autolesiones 1.03 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	67.89(10.47)					
PENSAMIENTOS	71.14(11.88)	2.573	1	0.109	1.028	0.994-1.063
AUTOLESIONES	64.27(10.53)	4.366	1	0.037	0.969	0.941-0.998

**Tabla 77. Factor de protección para autolesiones: nivel de funcionamiento**

Empleando el punto de corte de 61 puntos, se generó una variable dicotómica para conocer la magnitud de la protección, habiéndose hallado estadísticamente significativa la relación entre las autolesiones y el nivel de funcionamiento. El tener una puntuación por encima de 61 supone un factor de protección respecto a las autolesiones, disminuyendo su riesgo 1.9 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	63(46)					
PENSAMIENTOS	21(56.8)	1.343	1	0.246	1.542	0.741-3.206
AUTOLESIONES	18(30.5)	4.012	1	0.045	0.516	0.27-0.986

**Tabla 78. Factor de protección para autolesiones: buen nivel de funcionamiento**

## TRATAMIENTO

Se halló significación estadística para la relación entre la duración del seguimiento y los pensamientos autoagresivos. Según aumentan los meses de tratamiento aumenta el riesgo para los pensamientos autoagresivos, 1.05 veces por mes. No se halló para el tipo de tratamiento.

	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	10.84(11.33)					
PENSAMIENTOS	17.41(12.69)	8.707	1	0.003	1.047	1.015-1.079
AUTOLESIONES	11.19(12.3)	0.037	1	0.847	1.003	0.977-1.029

**Tabla 79. Factor de riesgo para pensamientos autoagresivos: meses en seguimiento psiquiátrico**

### 6.3.1.4. DIMENSIONES PSICOLÓGICAS

## APGAR FAMILIAR

Se halló significación estadística para la relación entre las autolesiones y el funcionamiento familiar. Por cada punto

que aumentaba el APGAR, aumentaba la protección frente a las autolesiones 1.41 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	7.88(1.89)					
PENSAMIENTOS	7.65(1.75)	0.457	1	0.499	0.935	0.768-1.137
AUTOLESIONES	6.42(2.19)	17.357	1	0.000	0.707	0.601-0.832

**Tabla 80. Factor de protección para autolesiones: funcionamiento familiar**

## APGAR

Además se halló significación estadística para la variable agrupada por rangos de funcionamiento familiar medido por el APGAR. Como puede observarse en la tabla, el considerar la propia familia como altamente funcional por parte del adolescente, suponía un factor de protección para las autolesiones, reduciendo el riesgo 4.93 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL						
Altamente funcional	87(66.9)					
Moderadamente disfuncional	27(20.8)					
Severamente disfuncional	16(12.3)					
PENSAMIENTOS						
Altamente funcional	24(64.9)	0.049	1	0.824	0.883	0.293-2.655
Moderadamente disfuncional	8(21.6)	0.007	1	0.935	0.948	0.264-3.4
Severamente disfuncional	5(13.5)					
AUTOLESIONES						
Altamente funcional	21(39.6)	14.568	1	0.000	0.203	0.09-0.461
Moderadamente disfuncional	13(24.5)	3.557	1	0.059	0.405	0.159-1.036
Severamente disfuncional	19(35.8)					

**Tabla 81. Factor de protección para autolesiones: buen funcionamiento familiar**

## STAXI-NA

En el análisis mediante los percentiles, se halló significación estadística en una única subescala, la Internalización de la Ira.

Por cada aumento de la puntuación en la escala Internalización de la Ira en un percentil, aumentaba el riesgo para las autolesiones 1.01 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	39.6(30.8)					
PENSAMIENTOS	41.1(37.8)	0.059	1	0.808	1.001	0.990-1.013
AUTOLESIONES	55.8(32.2)	8.488	1	0.004	1.015	1.005-1.025

**Tabla 82. Factor de riesgo para autolesiones: internalización de la ira**

No se halló significación estadística en las subescalas de: Sentimiento de Ira, Expresión de Ira, Ira Estado, Ira Rasgo

Temperamento, Ira Rasgo Reacción, Ira Rasgo Total, Externalización de la Ira, Control Externo de la Ira, Control Interno de la Ira, Control Total de la Ira.

Al clasificar las puntuaciones en tres categorías: baja puntuación (percentil menor de 85), puntuación media (entre el percentil 85 y el 95) y puntuación elevada (por encima del percentil 95), se halló significación estadística en la Internalización de la Ira y en el Control Externo de la Ira.

Como puede observarse en la siguiente tabla tener una puntuación por encima del percentil 95 en la escala de Internalización de la Ira aumentaba el riesgo de tener pensamientos autoagresivos 7.4 veces y 5.3 veces el riesgo de autolesiones.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL						
Alto	3(2.5)					
Medio	15(12.4)					
Bajo	103(85.1)					
PENSAMIENTOS						
Alto	6(17.1)	7.302	1	0.007	7.357	1.73-31.286
Medio	1(2.9)	1.776	1	0.183	0.245	0.31-1.937
Bajo	28(80)					
AUTOLESIONES						
Alto	6(11.5)	5.174	1	0.023	5.282	1.259-22.162
Medio	7(13.5)	0.178	1	0.673	1.232	0.467-3.251
Bajo	39(75)					

**Tabla 83. Factor de riesgo para pensamientos y autolesiones: elevada internalización de la ira**

En relación al Control Externo de la Ira, observamos que supone un factor de protección el tener una puntuación entre el percentil 85 y 95, que reduce el riesgo de autolesiones 4.2 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL						
Alto	24(19.8)					
Medio	23(19)					
Bajo	74(61.2)					
PENSAMIENTOS						
Alto	6(17.1)	0.003	1	0.959	1.028	0.366-2.885
Medio	11(31.4)	2.247	1	0.134	1.966	0.812-4.76
Bajo	18(51.4)					
AUTOLESIONES						
Alto	8(15.4)	1.262	1	0.261	0.602	0.248-1.46
Medio	3(5.8)	5.045	1	0.025	0.235	0.067-0.832
Bajo	41(78.8)					

**Tabla 84. Factor de protección para autolesiones: control externo de la ira medio**

No se halló significación estadística para las subescalas: Ira Rasgo Temperamento, Ira Rasgo Reacción, Ira Rasgo Total, Control Interno de la Ira, Control Total de la Ira.

## CDI

Se halló significación estadística en la puntuación total del CDI, así como en la escala de Autoestima negativa y en la escala de Disforia.

Por cada aumento de percentil en la escala total del CDI, aumentaba el riesgo de autolesiones 1.02 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	37.2(30.6)					
PENSAMIENTOS	46.3(32.6)	2.517	1	0.113	1.009	0.998-1.02
AUTOLESIONES	59.9(33.7)	18.038	1	0.000	1.022	1.012-1.033

**Tabla 85. Factor de riesgo para autolesiones: sintomatología depresiva**

Por cada aumento de percentil en la escala de Autoestima Negativa del CDI, aumentaba el riesgo de autolesiones 1.02 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	35.5(28.8)					
PENSAMIENTOS	43.2(32.5)	2.000	1	0.157	1.008	0.997-1.02
AUTOLESIONES	57(32.8)	17.237	1	0.000	1.023	1.012-1.033

**Tabla 86. Factor de riesgo para autolesiones: autoestima negativa**

Por cada aumento de percentil en la escala de Disforia del CDI, aumentaba el riesgo de autolesiones 1.02 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	50.2(26.9)					
PENSAMIENTOS	58.3(15.2)	2.597	1	0.107	1.011	0.998-1.024
AUTOLESIONES	65.5(29.5)	11.575	1	0.001	1.021	1.009-1.034

**Tabla 87. Factor de riesgo para autolesiones: disforia**

Al clasificar las puntuaciones en dos categorías, hasta el percentil 85 y por encima del mismo, se halló de nuevo significación estadística en las puntuaciones por encima del percentil 85 en la escala total del CDI, en la escala de Autoestima negativa y en la escala de Disforia.

Para las puntuaciones por encima del percentil 85 en la escala total del CDI, el riesgo para las autolesiones aumentaba 5.25 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	8(5.7)					
PENSAMIENTOS	5(12.8)	2.171	1	0.141	2.426	0.746-7.89
AUTOLESIONES	14(24.1)	12.128	1	0.000	5.25	2.065-13.35

**Tabla 88. Factor de riesgo para autolesiones: elevada sintomatología depresiva**

Para las puntuaciones por encima del percentil 85 en la escala de Autoestima Negativa del CDI, el riesgo para los pensamientos autoagresivos aumentaba 4.8 veces y las autolesiones aumentaba 7.04 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	5(3.6)					
PENSAMIENTOS	6(15.4)	0.418	1	0.014	4.8	1.38-16.697
AUTOLESIONES	12(21.1)	11.647	1	0.000	7.04	2.351-21.081

**Tabla 89. Factor de riesgo para pensamientos y autolesiones: elevada autoestima negativa**

Para las puntuaciones por encima del percentil 85 en la escala de Disforia del CDI, el riesgo para las autolesiones aumentaba 4.05 veces.

	M(DT)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	13(9.3)					
PENSAMIENTOS	5(12.8)	6.082	1	0.518	1.437	0.479-4.31
AUTOLESIONES	17(29.3)	12.164	1	0.001	4.051	1.814-9.045

**Tabla 90. Factor de riesgo para autolesiones: elevada disforia**

## SDQ Padres

Se halló significación estadística para la relación entre las autolesiones y la puntuación total, y la escala de problemas de conducta.

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte para la escala total del SDQP tenían 2.9 veces más riesgo de realizarse autolesiones.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	28(22)					
PENSAMIENTOS	8(23.5)	0.034	1	0.854	1.088	0.444-2.667
AUTOLESIONES	23(45.1)	9.094	1	0.003	2.904	1.452-5.808

**Tabla 91. Factor de riesgo para autolesiones: SDQP**

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte para la escala de problemas de conducta del SDQP, tenían 2 veces más riesgo de realizarse autolesiones.

	N(%)	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%
CONTROL	37(29.1)					
PENSAMIENTOS	7(20.6)	0.975	1	0.323	0.631	0.253-1.575
AUTOLESIONES	23(45.1)	4.083	1	0.043	1.998	1.021-3.91

**Tabla 92. Factor de riesgo para autolesiones: SDQP Problemas de conducta**

No se halló significación estadística en la escala emocional, en la escala de hiperactividad, en la escala de relaciones con compañeros y en la escala prosocial.

## SDQ Adolescentes

Se halló significación estadística en la escala total, en la escala emocional y en la escala conductual del SDQ completado por los propios adolescentes.

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte para la escala total del SDQA tenían 4.4 veces más riesgo de realizarse autolesiones.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	10(8.4)					
PENSAMIENTOS	2(5.9)	0.230	1	0.631	0.681	0.142-3.27
AUTOLESIONES	14(28.6)	10.365	1	<b>0.001</b>	4.360	1.779-10.685

**Tabla 93. Factor de riesgo para autolesiones: SDQA**

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte para la escala de problemas emocionales del SDQA tenían 5 veces más riesgo de realizarse autolesiones.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	9(6.4)					
PENSAMIENTOS	6(15.4)	3.000	1	0.083	2.646	0.88-7.961
AUTOLESIONES	13(25.5)	11.609	1	<b>0.001</b>	4.98	1.978-12.538

**Tabla 94. Factor de riesgo para autolesiones: SDQA Síntomas emocionales**

Aquellos que puntuaron por encima del punto de corte para la escala de problemas de conducta del SDQA tenían 2.9 veces más riesgo de realizarse autolesiones.

	M(DT)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	17(14)					
PENSAMIENTOS	2(5.9)	1.541	1	0.214	0.382	0.084-1.744
AUTOLESIONES	16(32)	6.973	1	<b>0.008</b>	2.879	1.313-6.311

**Tabla 95. Factor de riesgo para autolesiones: SDQA Problemas de conducta**

No se halló significación estadística en la escala de relación con compañeros, en la escala prosocial, en la escala de hiperactividad.

### 6.3.1.5. ANTECEDENTES

## PERSONALES

Se halló significación estadística para la relación entre los antecedentes de tratamientos médicos previos y los pensamientos autoagresivos. El haber pasado por tratamientos médicos previos aumentaba el riesgo de los adolescentes de tener pensamientos autoagresivos 3.4 veces.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	44(34.4)					
PENSAMIENTOS	23(63.9)	9.556	1	<b>0.002</b>	3.378	1.561-7.307
AUTOLESIONES	26(44.1)	2.685	1	0.101	1.712	0.9-3.255

**Tabla 96. Factor de riesgo para pensamientos autoagresivos: antecedentes de tratamientos médicos**

No se halló significación estadística para las complicaciones prenatales, perinatales, postnatales. Tampoco para el tratamiento previo en psiquiatría.

## FAMILIARES

Se halló significación estadística para la relación entre los antecedentes maternos de alcoholismo y las autolesiones. Los adolescentes cuyas madres tenían antecedentes de alcoholismo mostraban 4.4 veces más riesgo de haberse realizado autolesiones.

	N(%)	Wald	gl	Sig	OR	IC 95%
CONTROL	3(2.5)					
PENSAMIENTOS	7(17.9)	0.384	1	0.535	0.061	8.767e <sup>-6</sup> -423.564
AUTOLESIONES	5(10.2)	3.926	1	<b>0.048</b>	4.432	1.016-19.328

**Tabla 97. Factor de riesgo para autolesiones: antecedentes de alcoholismo materno**

No se halló significación estadística para los antecedentes de depresión, ansiedad, trastorno afectivo bipolar, ni suicidio en las madres. Tampoco para los antecedentes de depresión, ansiedad, trastorno afectivo bipolar, ni alcoholismo en los padres.

### 6.3.2. Resumen factores asociados a autoagresiones sin intención suicida

FACTORES DE RIESGO	OR	IC 95%
STAXI-NA Internalización de la ira $P_c > 95$	7.36	1.73-31.29
Tratamientos médicos previos	3.38	1.56-7.31

**Tabla 98. Resumen factores asociados a pensamientos autoagresivos sin intención suicida**

FACTORES DE RIESGO	OR	IC 95%	FACTORES DE PROTECCIÓN	OR	IC 95%
Más de 8 AVE	3.32	1.59-6.91	C-GAS > 61	0.969	0.941-0.998
AVE adicción familiar	4.42	1.83-10.67	APGAR	0.707	0.601-0.832
AVE ruptura de pareja	3.89	1.80-8.40	APGAR Familia funcional	0.203	0.09-0.461
AVE conflictos de pareja	8.05	2.43-26.67	STAXI-NA Control externo de la ira $P_c > 95$	0.235	0.067-0.832
AVE conflictos con conocidos	3.82	1.77-8.52			
AVE conflictos familia	2.40	1.26-4.57			
STAXI-NA Internalización de la ira $P_c > 95$	5.28	1.26-22.16			
CDI Total $P_c > 85$	5.25	2.06-13.35			
CDI Autoestima negativa $P_c > 85$	7.04	2.35-21.08			
CDI Disforia $P_c > 85$	4.05	1.81-9.04			
SDQP Total	2.90	1.45-5.81			
SDQP Conducta	2.00	1.02-3.91			
SDQA Total	4.36	1.78-10.68			
SDQA Emocional	4.98	1.98-12.54			
SDQA Conducta	2.88	1.31-6.31			
Alcoholismo materno	4.43	1.02-19.33			

**Tabla 99. Resumen factores asociados a autolesiones sin intención suicida**

**6.3.3. Análisis multivariados** Se calculó un modelo de regresión múltiple mediante el procedimiento de pasos sucesivos hacia atrás. Se introdujeron todas las variables que habían resultado ser significativas en los análisis univariados previos.

Se realizó un análisis preliminar de correlaciones bivariadas para tomar decisiones acerca de qué variables introducir en el modelo final, evitando efectos de multicolinealidad entre variables.

Los análisis mostraron elevadas correlaciones con significación estadística ( $p < 0.000$ ) entre los siguientes predictores:

- escalas del CDI (CDI Autoestima-CDI Total: 0.954; CDI Disforia-CDI Total: 0.943; CDI Autoestima-CDI Disforia: 0.841).
- escalas del SDQA (SDQA Total-SDQA Emocional: 0.743; SDQA Total-SDQA Conducta: 0.746)
- escalas del SDQP (SDQP Total-SDQP Conducta: 0.777)
- escalas del SDQA y SDQP (SDQA Total-SDQP Total: 0.532; SDQA Conducta-SDQP Conducta: 0.496; SDQA Conducta-SDQP Total: 0.472)
- escalas del CDI y del SDQA (CDI Total-SDQA Total: 0.676; CDI Total-Emocional: 0.556; CDI Autoestima-SDQA Total: 0.634; CDI Disforia-SDQA Emocional: 0.535; CDI Total-SDQA Conducta: 0.476; CDI Autoestima-SDQA Conducta: 0.490; CDI Disforia-SDQA Conducta: 0.398)

En el caso del CDI, para evitar problemas de multicolinealidad, se decidió emplear exclusivamente la escala de autoestima que era la mejor predictora en los análisis univariados. En el caso del SDQA se introdujo en el modelo la escala emocional y la escala total en el caso de los padres (SDQP).

Se introdujeron en el modelo: el número total de acontecimientos vitales estresantes, el nivel de funcionamiento (C-GAS), la duración del seguimiento, el funcionamiento familiar (APGAR), la internalización de la ira (STAXI-NA), el control externo de la ira (STAXI-NA), la autoestima negativa (CDI), las dificultades referidas por los padres (SDQP), los problemas emocionales (SDQA), los antecedentes de tratamientos médicos previos y los antecedentes de alcoholismo materno.

El modelo final presentaba un buen ajuste ( $\chi^2=242.183$ ,  $p=0.592$ ) y una predictibilidad moderada, con un 65% de sujetos clasificados correctamente. En las siguientes tablas (100 y 101) se pueden observar los factores de riesgo y protección independientes controlando el efecto todas las variables introducidas en el modelo.

Una puntuación por encima del percentil 95 en la internalización de la ira (STAXI-NA) incrementaba el riesgo de forma independiente de pensamientos autoagresivos 10 veces. Además el haber pasado por algún tratamiento médico previo suponía también un factor de riesgo independiente para los pensamientos autoagresivos (incrementando la probabilidad cerca de 5 veces) y para las autolesiones (incrementando cerca de 3 veces el riesgo). Los problemas emocionales medidos por el SDQA supusieron un factor de riesgo independiente que incrementaba la probabilidad de autolesiones 6 veces.

Finalmente, el buen funcionamiento global (medido a través del C-GAS) supuso un factor de protección que reducía el riesgo de autolesiones cerca de 4 veces. Así mismo, un buen funcionamiento familiar (medido a través del APGAR) supuso un factor de protección independiente que reducía el riesgo de autolesiones cerca de 5 veces.

<b>Factores de riesgo pensamientos autoagresivos</b>	<b>B</b>	<b>Error tip</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>Sig</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
Internalización de la ira (STAXI-NA). Pc>95	2.344	0.905	6.710	1	0.010	10.42	1.769-61.382
Tratamiento médico previo	1.583	0.575	7.576	1	0.006	4.87	1.577-15.037

**Tabla 100. Modelo de regresión logística multivariada para pensamientos autoagresivos sin intención suicida**

<b>Factores de riesgo autolesiones</b>	<b>B</b>	<b>Error tip</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>Sig</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
Problemas emocionales (SDQA)	1.813	0.758	5.715	1	0.017	6.13	1.386-27.090
Tratamiento médico previo	1.009	0.477	4.469	1	0.035	2.74	1.076-6.989
<b>Factores de protección autolesiones</b>							
Buen funcionamiento global (C-GAS>61)	-1.312	0.486	7.271	1	0.007	0.269	0.104-0.699
Familia funcional (APGAR)	-1.527	0.634	5.797	1	0.016	0.217	0.063-0.753

**Tabla 101. Modelo de regresión logística multivariada para autolesiones sin intención suicida**





## 7. DICUSIÓN

### 7.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El presente estudio se ha realizado en un contexto clínico con la intención de explorar y cuantificar las diversas conductas autoagresivas de los adolescentes, dada la escasez de datos al respecto en nuestro país. De modo que el objetivo último es facilitar a los clínicos una mejor detección, evaluación y tratamiento de dichas conductas.

Los resultados muestran unas tasas de prevalencia a lo largo de la vida elevadas tanto en ideación y conductas con intención suicida como en ideación y conductas sin intención suicida. Este hallazgo remarca la importancia de la evaluación sistemática de los fenómenos estudiados, ya que de otro modo es probable que pasen desapercibidos en muchos momentos de la práctica clínica.

En la exploración de los factores de riesgo y protección hallamos algunas variables asociadas a los comportamientos autoagresivos estudiados que pueden permitir a los clínicos una mejor identificación y tratamiento de los adolescentes con elevado riesgo de manifestar dichos comportamientos.

### 7.2. HALLAZGOS PRINCIPALES

#### 7.2.1. Hipótesis I

*La prevalencia de los intentos de suicidio, las conductas autolesivas y la ideación suicida será mayor en la población atendida en salud mental que la reportada en la población general.*

Pese a que los suicidios en adolescentes son relativamente raros en España en comparación con otros países europeos como Finlandia y Noruega, donde las tasas son hasta cinco veces mayores (Bridge et al., 2006), nuestros datos acerca de las diversas conductas autoagresivas son congruentes con la literatura previa, q

muestra elevadas frecuencias tanto en población escolar como, especialmente, en población clínica. La prevalencia vida hallada para los intentos de suicidio del 4.5% (IC 95% 2.6-7.7) y aproximadamente del 20% (IC95% 16.2-25.8) para la ideación suicida, son consistentes con la literatura europea y norteamericana en población general. En una revisión sistemática de estudios publicados entre 1997 y 2007 sobre la epidemiología del suicidio de Nock y colaboradores (Nock et al., 2008), encontraron que la prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, osciló entre el 1.5 y el 12,1%; y la ideación suicida entre el 21,7 y el 37,9%. En estudios realizados en Estados Unidos se ha encontrado que la prevalencia vida de los intentos de suicidio fluctuaba entre el 3,1 y el 8,8% y entre el 19,8 y el 24% para la ideación suicida. Nuestros resultados también son consistentes con estudios realizados en Europa, tales como los realizados en Italia y Portugal (Campi, Barbato, D'Avanzo, Guaiana, & Bonati, 2009).

En cuanto a las conductas sin intención suicida, cerca del 22% (IC95% 17.2-27) de los pacientes informaron haberse realizado autolesiones al menos una vez en su vida. Este hallazgo es consistente con la investigación de Jacobson y Gould (Jacobson & Gould, 2007), en la cual revisaron estudios epidemiológicos y acerca de la fenomenología de las autolesiones en los adolescentes, habiendo hallado una prevalencia vida que variaba del 13 al 23,2%. En una revisión reciente de 53 estudios publicados entre 2005 y 2011 sobre autolesiones en adolescentes, se informó de unas tasas de prevalencia vida que oscilaron entre el 5 y el 37%, con una media del 18% (Muehlenkamp et al., 2012). Respecto a la prevalencia hallada en adolescentes hospitalizados en unidades de psiquiatría, se han encontrado cifras mayores, que oscilan entre el 32 y el 50% (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006)

No obstante, algunos estudios con población escolar han señalado cifras más elevadas, llegando al 46% de la muestra en el estudio de Lloyd-Richardson y colaboradores (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007). Este resultado puede deberse al tipo de conductas que se consideraron autolesiones. Al clasificarlas por gravedad, reportaron que el 28% de los participantes habían mostrado moderadas o severas autolesiones, siendo éste un dato más consistente con la literatura previa.

Al comparar nuestros resultados con el estudio de Kirchner y colaboradores (Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011), uno de los pocos acerca de las conductas autoagresivas en adolescentes en nuestro país; observamos cifras mayores en nuestra muestra. El porcentaje de adolescentes que habían manifestado conductas autolesivas sin intención suicida en su estudio fue de 11.4% frente al 21.7% (IC95% 17.2-27.7) del nuestro, y de 12.5% para la ideación suicida frente al 20.6% (IC95% 16.2-25.8). Esta discrepancia, tal y como se plantea en la primera hipótesis, podría deberse a que nuestro estudio se ha realizado con población clínica, frente a la población escolar que se estudió en el suyo.

La autoagresión más común entre los adolescentes de nuestro estudio fue el golpearse a sí mismos, como ocurría en otros estudios previos (Russ, Shearin, Clarkin, Harrison, & Hull, 1993), seguida de los cortes.

El 27.3% de los adolescentes que se habían autolesionado emplearon más de un método para realizarlo. Esta cifra es más baja que la hallada en el estudio de Lloyd-Richardson et al. (Lloyd-Richardson et al., 2007) en el cual el 58% de los adolescentes que se autolesionaron emplearon más de un método. Los autores encontraron que el empleo de un mayor número de métodos aparecía más frecuentemente entre aquellos adolescentes que además de autolesionarse realizaron algún intento de

suicidio, siendo por tanto un posible indicador de gravedad.

Al analizar las comorbilidades de las diferentes conductas autoagresivas, encontramos que la ideación suicida había estado presente en todos aquellos adolescentes que habían intentado suicidarse, siendo este dato coherente con resultados previos (Kerr et al., 2010). Un estudio americano prospectivo determinó que la presencia de ideación suicida a los 15 años aumentaba el riesgo de haber intentado suicidarse a los 30 años cerca de 12 veces (Reinherz et al., 2006). Por otra parte, la mitad de los adolescentes con intentos autolíticos refirieron historia de autolesiones. Estudios previos han establecido las autolesiones no suicidas como un predictor independiente de los intentos de suicidio (Bridge et al., 2006).

Por tanto, con respecto a nuestra primera hipótesis, si bien los datos de otros países muestran cifras de prevalencia de autoagresiones en población general similares a las halladas en nuestro estudio con población clínica, al comparar con muestras españolas encontramos una mayor prevalencia de conductas autolesivas y de ideación suicida en nuestra muestra. Los datos confirman parcialmente la primera hipótesis: existe una mayor prevalencia de conductas autolesivas y de ideación suicida entre los adolescentes que acuden a salud mental frente a los adolescentes de la población general española. Sin embargo, debido a la falta de estudios acerca de la prevalencia de los intentos de suicidio en población general no podemos sacar conclusiones al respecto.

### **7.2.2. Hipótesis II**

*Existe relación entre los acontecimientos vitales estresantes y los intentos de suicidio, las conductas autolesivas y la ideación suicida en los adolescentes atendidos en salud mental.*

Tal y como se ha señalado previamente (Isohookana, Riala, Hakko, & Rasanen, 2013), nuestros datos establecen una relación entre diversos acontecimientos estresantes y un incremento del riesgo de intentos de suicidio, autolesiones e ideación suicida; además de una relación dosis-respuesta, según la cual al incrementarse el número de acontecimientos vitales estresantes en los últimos tres años también aumenta la probabilidad de autoagresiones. De hecho el haber vivido ocho o más acontecimientos vitales estresantes en los últimos tres años ha resultado ser un factor de riesgo independiente para la ideación suicida, aunque no para los intentos de suicidio o las autolesiones.

En relación a los intentos de suicidio encontramos que los conflictos con la familia incrementaban cerca de 7 veces el riesgo de dichas conductas. Este hallazgo ha sido señalado en estudios previos como el de Wilkinson (Wilkinson et al., 2011) o el de Young (Young, Riordan, et al., 2011). Los problemas con los iguales, los conflictos con conocidos o la traición por parte de un amigo aumentaban el riesgo con unas OR que oscilaban entre 4 y 6.5, algo que se ha señalado previamente (Hagedorn & Omar, 2002). Así mismo estresores como la ruptura de la pareja, el haber sufrido una infidelidad o tener conflictos importantes con la pareja, supusieron factores asociados fuertemente a los intentos de suicidio. En el estudio de Cortés Alfaro y colaboradores (Cortés Alfaro et al., 2010) encontraron que en el grupo de edad de 15 a 19 años los problemas con la pareja suponían la causa más frecuentemente señalada por los adolescentes para haber intentado suicidarse.

Finalmente, la adicción de un familiar incrementaba el riesgo de intentar suicidarse en más de 9 veces. En este sentido al analizar los antecedentes familiares, hallamos como factor de riesgo para los intentos de suicidio la historia de alcoholismo paterno y el materno para las autolesiones; nuestros datos son

coherentes con estudios previos donde se encontró que el alcoholismo en los padres suponía un factor de riesgo independiente para las conductas suicidas (Arendt, Sher, Fjordback, Brandholdt, & Munk-Jorgensen, 2007). Si bien es cierto que se ha señalado recurrentemente el abuso de sustancias en la adolescencia como un factor de riesgo para los intentos de suicidio (Esposito-Smythers & Spirito, 2004; Reyes et al., 2011), nuestros datos señalan la necesidad además de tener en cuenta los antecedentes familiares.

En nuestro estudio los acontecimientos relacionados con las autolesiones, además de la adicción de un familiar, fueron: la ruptura con la pareja, los conflictos con la pareja y los conflictos con conocidos. Al igual que en el estudio de Madge y colaboradores (Madge et al., 2011) encontramos que las dificultades con los padres son un factor de riesgo para las autolesiones, que duplica el riesgo de autolesiones en adolescentes. En esta misma línea otros estudios (Aglan et al., 2008; Young, Riordan, et al., 2011) han especificado la disfunción familiar, en particular, la ausencia de cuidados por parte de los progenitores y el vivir en una familia reconstituida, como factores de riesgo asociados a las autolesiones. Por otra parte, los conflictos con conocidos incrementaban el riesgo de autolesiones cerca de cuatro veces, dato consistente con otros estudios que han señalado las dificultades con iguales (Madge et al., 2011).

Observamos que todos los estresores asociados a las autolesiones tienen un carácter social-relacional. Esto es consistente con estudios previos donde la carencia de buen soporte social (Hankin & Abela, 2011) fue un predictor independiente en la aparición de nuevas conductas autoagresivas.

Con respecto a la ideación suicida hallamos que en el ámbito de las relaciones, la ruptura y los conflictos de pareja, aparecían como factores de riesgo. Por

otra parte, la adicción de un familiar incrementaba el riesgo de ideación cerca de 4 veces, habiéndose hallado en otras investigaciones que la enfermedad grave de un ser cercano incrementaba el riesgo de ideación suicida (Madge et al., 2011). En el ámbito de los iguales, la traición de un amigo, los conflictos con conocidos y el aislamiento o humillación por parte de los iguales incrementaba el riesgo de ideación cerca de 3 veces, habiéndose relacionado en estudios previos (Madge et al., 2011) las dificultades con iguales y el acoso escolar o bullying con el riesgo de la ideación suicida.

El haber sufrido abuso sexual o físico se ha relacionado con la ideación suicida (Evans, Hawton, & Rodham, 2005; Madge et al., 2011). En el estudio de Plunkett y colaboradores (Plunkett et al., 2001) hallaron que cerca de la mitad de los adolescentes que habían sufrido abusos sexuales presentaban ideación suicida desde que abusaron de ellos. Nuestros resultados muestran que los problemas en el área de la sexualidad incrementaban el riesgo de ideación suicida más de 5 veces. Estudios realizados en adultos que han intentado suicidarse muestran una elevada tasa de abuso sexual o físico en la infancia (Blasco-Fontecilla et al., 2013; Carballo et al., 2008; López-Castroman et al., 2013), mostrándose como un factor de riesgo desde la infancia a la edad adulta para diversas conductas autoagresivas que en combinación con otros como la prematuridad en el nacimiento pueden aumentar el riesgo notablemente. Algunos autores (Braquehais, Oquendo, Baca-García, & Sher, 2010) han señalado que la impulsividad podría mediar la relación entre ambos factores, dado que la exposición al trauma dificulta el desarrollo de la inhibición conductual y la regulación emocional facilitando un comportamiento más impulsivo e incrementando el riesgo suicida.

Finalmente encontramos que el haber sufrido 8 o más acontecimientos vitales estresantes en los últimos 3 años incrementaba 4 veces el riesgo de ideación

suicida de forma independiente. Estos resultados son congruentes con lo hallado en el estudio de Fergusson y colaboradores (Fergusson et al., 2000) donde el haber sufrido 4 o más acontecimientos incrementaba el riesgo suicida más de 3 veces.

### **7.2.3. Hipótesis III**

*Existe relación entre la psicopatología y los intentos de suicidio, las conductas autolesivas y la ideación suicida en los adolescentes atendidos en salud mental.*

Al igual que estudios previos (Bridge et al., 2006; Shaffer, Gould, et al., 1996), nuestros datos establecen relación entre niveles más elevados de psicopatología y los intentos de suicidio, las autolesiones y la ideación suicida.

En relación a la sintomatología emocional y depresiva, nuestros resultados fueron compatibles con la literatura previa (Asarnow et al., 2011; Fergusson et al., 2000; Nock & Banaji, 2007; Wilkinson et al., 2011), donde se ha señalado de forma sistemática una asociación significativa entre los síntomas de depresión y las conductas suicidas. En nuestro estudio, el superar el punto de corte del SDQ emocional, cumplimentado tanto por los padres como por los adolescentes, incrementaba el riesgo asociado a los intentos de suicidio 11 y 8 veces, respectivamente.

Por otra parte, en lo que se refiere a los trastornos de conducta, como se comentó anteriormente, en el estudio de Sourander y colaboradores (Sourander et al., 2009) encontraron que la asociación entre problemas de conducta y emocionales a los 8 años era el predictor más robusto de los intentos de suicidio posteriores. Otro estudio (Miller & Taylor, 2005) halló que la probabilidad de realizar un intento de suicidio aumentaba más de 270 veces cuando presentaban más de 6 problemas de conducta diferentes. Nuestros datos establecen un aumento del riesgo de

intentos de suicidio mayor de 5 veces, si se supera el punto de corte del SDQ cumplimentado por los adolescentes.

Con respecto a las autolesiones, la sintomatología emocional, medida por el CDI y por el SDQ emocional, estaba asociada a estas conductas con OR que oscilaron entre 4 y 7. Esta relación ha sido encontrada en investigaciones previas (Madge et al., 2011; Wilkinson et al., 2011). En el estudio de Hankin y Abela (Hankin & Abela, 2011) hallaron que los síntomas depresivos, el estilo cognitivo negativo y la carencia de soporte social eran los mejores predictores de la nueva aparición de conductas autolesivas. También los problemas conductuales medidos a través de la escala de conducta del SDQ supusieron un riesgo que doblaba la probabilidad de autolesiones.

Además, encontramos que el riesgo de desarrollar pensamientos acerca de autolesionarse se incrementaba más de 7 veces cuando el adolescente tenía elevados niveles de internalización de la ira. Otros estudios como el de Zhang (Zhang et al., 2012), han señalado como factores de riesgo asociados significativamente a las conductas autoagresivas los elevados niveles de hostilidad e ira.

Finalmente la ideación suicida también se ha relacionado con la sintomatología depresiva. Nuestros datos establecen un riesgo incrementado 11 veces de tener ideación suicida si se supera el percentil 85 del CDI. Además superar el punto de corte de la escala emocional de SDQ tanto cumplimentada por los padres como por los adolescentes, resultaba ser un factor de riesgo para la ideación suicida. La ideación suicida también se ha relacionado con la ansiedad, el trastorno por uso de sustancias (1.52, 2.08 respectivamente; Fergusson 2000) y los trastornos de conducta (Fergusson et al., 2000; Gould et al., 1998).

#### 7.2.4. Hipótesis IV

*Los intentos de suicidio, las conductas autolesivas y la ideación suicida mostrarán un patrón diferencial según el sexo de los adolescentes.*

En nuestra muestra hallamos diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en la prevalencia de la ideación suicida, la planificación suicida y los intentos de suicidio, siendo más frecuente entre las mujeres. Sin embargo no se hallaron diferencias entre unos y otros en los gestos de suicidio, las autolesiones sin intención suicida o en los pensamientos autoagresivos.

En relación a la ideación y planificación suicida, los resultados son congruentes con lo hallado previamente en estudios europeos (Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002), americanos (Eaton et al., 2012), neozelandeses (Fergusson et al., 2000) y asiáticos (Tang et al., 2011), en los que se señala la mayor prevalencia entre las mujeres adolescentes que entre los varones con diferencias estadísticamente significativas.

Los intentos de suicidio también se han encontrado de forma constante con más frecuencia entre las mujeres adolescentes que entre los varones (Crosby et al., 2011; Dieserud, Loeb, & Ekeberg, 2000; Eaton et al., 2012; Fergusson et al., 2000; Tang et al., 2011; Young, Sweeting, et al., 2011).

Sin embargo, en el estudio de las autolesiones, a diferencia de nuestro resultado, algunos han señalado una mayor prevalencia entre las chicas en comparación con los chicos (Hawton, Rodham, et al., 2002; Madge et al., 2008). En particular, en el estudio CASE, se concluye que las autolesiones son más del doble de frecuentes entre las adolescentes mujeres (Madge et al., 2008) y en el estudio de Hawton y cols (Hawton, Haw, et al., 2002) más del triple. Es posible que esta discrepancia se deba en gran medida a la diferente operativización de las



conductas estudiadas y, al menos parcialmente, a los diferentes métodos de evaluación. Tanto en uno como en otro estudio se evalúan las autolesiones empleando el concepto “deliberate self-harm”, el cual, como ya indicamos previamente, no especifica si hay o no intención suicida en la conducta y no facilita por tanto la comparación de unos estudios y otros. Ello conduce a agrupar en una misma categoría a los adolescentes que han intentado suicidarse, aquellos que han realizado gestos suicidas y aquellos quienes se han hecho daño a sí mismos sin intención de terminar con sus vidas. De modo que es esperable que dado que las mujeres adolescentes intentan suicidarse en mucha mayor medida que los varones, el grupo de “deliberate self-harm” esté formado por más mujeres.

Por ello, nuestra cuarta hipótesis acerca de la mayor prevalencia de conductas autoagresivas en mujeres que en varones adolescentes, queda aceptada parcialmente, en lo que respecta a los intentos de suicidio, pero no en lo referente a las autolesiones.

Algunos investigadores han hallado un resultado opuesto, congruente con nuestro estudio, mayor frecuencia entre varones que entre mujeres. En el estudio chino de Tang y cols (Tang et al., 2011) las autolesiones sin intención suicida fueron más frecuentes entre los varones adolescentes que entre las mujeres adolescentes, tanto las de menor gravedad (como golpearse a sí mismo, tirarse del pelo, morderse o pellizcarse) como las de mayor gravedad (como cortarse, quemarse, tatuarse a sí mismo o rascar la piel hasta hacer heridas).

Los resultados contradictorios en relación a la prevalencia de las autolesiones sin intención suicida pueden deberse tanto al tipo de definición de la conducta como al método de evaluación, ya que los varones y mujeres han mostrado diferentes formas de autolesionarse.

En lo que respecta a los desencadenantes se hallaron algunas diferencias significativas entre mujeres y varones en de la ideación suicida, siendo los conflictos familiares más significativos en la aparición de la ideación para los varones que para las mujeres.

#### **7.2.5. Hipótesis V**

*La prevalencia de intentos de suicidio, conductas autolesivas e ideación suicida aumentará según aumenta la edad de los adolescentes atendidos en salud mental.*

En nuestro estudio podemos observar cómo en la franja de edad de los 15 a los 17 años aparecen las prevalencias más elevadas de las diversas conductas autoagresivas estudiadas. La ideación suicida, la planificación suicida, las autolesiones no suicidas, los gestos suicidas y los intentos de suicidio superan la prevalencia media hallada en el estudio en la franja de edad de los 15 a los 16 años. Los pensamientos acerca de autolesionarse superan la media en la franja de edad anterior, de los 13 a los 14 años.

Con respecto a las edades de aparición de las conductas autoagresivas, hallamos que el primer episodio de pensamientos o conductas autoagresivas han mostrado ser muy tempranas, oscilando entre los 10 y los 13 años según la conducta. Es llamativo que las autolesiones aparezcan a la edad media de 10.6 años, ya que es más baja que la reportada en estudios previos (Hankin & Abela, 2011; Russ et al., 1993).

La ideación suicida llega a su máxima prevalencia a los 17 años, llegando a ser el 35,1% en este grupo de edad. En el estudio de Fergusson y colaboradores (Fergusson et al., 2000) se muestra también un aumento progresivo de la frecuencia de ideación suicida, siendo a los 15 años del 7.5% y llegando al 20.4% a los 17 años.

En lo que respecta a las autolesiones, al igual que han encontrado otros autores (Cantor, 2000) hallamos cifras de



prevalencia muy elevadas, llegando al 32,4% en el grupo de edad de 17 años. Finalmente, los intentos de suicidio muestran una prevalencia del 8.6% a los 15-16 años, siendo superior a la encontrada por Fergusson (Fergusson et al., 2000) del 2.7%, tal vez por tratarse de población general, pero manteniendo la tendencia del aumento de dicha conducta según aumenta la edad.

Algunos estudios (Crosby et al., 2011) han hallado prevalencias de ideación, planificación e intentos de suicidio más altas en jóvenes adultos (de 18 años) en comparación con adultos de más de 30 años. En el estudio de Fergusson (Fergusson et al., 2000) se observa un incremento en la ideación suicida desde los 15 hasta los 21 años, llegando a la máxima prevalencia del 28.8% a los 21 años; así como de intentos de suicidio, que también muestra la prevalencia máxima a los 21 años, llegando a ser del 7.5%. Parece por tanto que en los adolescentes el riesgo de aparición de conductas suicidas aumenta con la edad (Peterson, Zhang, Santa Lucia, King, & Lewis, 1996).

No obstante, pese a que se observa un aumento de conductas autoagresivas según aumenta la edad del adolescente, en los análisis multivariados la edad no fue un factor independiente.

#### 7.2.6. Hipótesis VI

*La presencia de intentos de suicidio, conductas autolesivas e ideación suicida se observará en pacientes diagnosticados de diversos trastornos y no únicamente en pacientes con un trastorno en particular.*

Como puede observarse en los resultados, la ideación suicida, los pensamientos autoagresivos y las autolesiones no suicidas aparecieron en todas las agrupaciones diagnósticas. La planificación suicida y los intentos de suicidio habían aparecido en aquellos pacientes diagnosticados o bien de algún trastorno

de conducta o bien de un trastorno del humor.

Los trastornos de conducta fueron la agrupación diagnóstica más frecuente para cada una de las conductas autoagresivas. Este hecho se puede deber, al menos parcialmente, a un sesgo de nuestra muestra, compuesta principalmente por adolescentes diagnosticados de algún trastorno de conducta como diagnóstico principal. Sin embargo, otros estudios muestran la heterogeneidad de diagnósticos en adolescentes que se autolesionan. En un estudio de casos de Nock y colaboradores (Nock et al., 2006) con 89 adolescentes atendidos en la unidad de hospitalización psiquiátrica que tenían historia de autolesiones sin intención suicida, encontraron que un 62.9% cumplía criterios para trastornos externalizantes, un 5.7% para internalizantes y un 59.6% trastornos por uso de sustancias.

Las autolesiones sin intención suicida se han detectado con especial frecuencia en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En nuestra muestra el 41.7% de los adolescentes diagnosticados de algún trastorno de alimentación habían tenido ideación suicida en algún momento de sus vidas y el 33.3% se había realizado autolesiones sin la intención de quitarse la vida. Nuestros datos son congruentes con algunos estudios (Paul, Schroeter, Dahme, & Nutzinger, 2002) donde han detectado conductas autolesivas hasta en el 35% de las pacientes con dichos diagnósticos.

Por ello, tal y como planteábamos en nuestra sexta hipótesis, las conductas autoagresivas no se presentaron asociadas a un único diagnóstico o grupo de diagnóstico.

### **7.2.7. Hipótesis VII**

*Una proporción baja de adolescentes habrán sido derivados a salud mental por haberse detectado intentos de suicidio, conductas autolesivas o ideación suicida en atención primaria.*

Un hallazgo significativo de nuestro estudio es que cerca de la mitad (47.2%) de los adolescentes estudiados refirieron haber experimentado a lo largo de su vida alguna de las conductas autoagresivas estudiadas. Al analizar los motivos de consulta iniciales por los cuales se solicitó la valoración psiquiátrica de ese 47.2% de adolescentes, hallamos que tan sólo en el 6.3% de ellos la ideación o las conductas autoagresivas fueron el motivo de derivación a los servicios de salud mental. Si bien es cierto que, dada la naturaleza transversal del estudio, algunos adolescentes podrían no haber manifestado estas conductas antes de la derivación y haberlas desarrollado durante su seguimiento en salud mental, es improbable que esto sea así en más del 90% de los casos identificados con conductas autoagresivas o suicidas. En este sentido, otros estudios previos (Horowitz, Ballard, & Pao, 2009) han señalado que la mayoría de los adolescentes que intentaron suicidarse no fueron identificados como de riesgo por sus médicos de atención primaria.

Por ello nos planteamos que actualmente existen limitaciones significativas en la detección de estas conductas en atención primaria. Pero además, puesto que no disponemos de datos sólidos al respecto, sería interesante comparar los resultados obtenidos mediante la valoración clínica habitual con los hallados mediante entrevistas estructuradas como la EPCA (García-Nieto et al., 2012); ya que dados los resultados es probable que muchas de las conductas autoagresivas y suicidas pasen desapercibidas no sólo en atención primaria sino también una vez que el adolescente es atendido en los servicios de salud mental.

### **7.2.8. Hipótesis VIII**

*La prevalencia de acontecimientos vitales estresantes será mayor en la población de adolescentes atendidos en salud mental que lo reportado en población general.*

Respecto a la prevalencia de los acontecimientos vitales estresantes, hemos encontrado unas prevalencias muy similares a las reportadas por otros estudios españoles, no confirmándose nuestra hipótesis de hallar una mayor prevalencia al tratarse la nuestra de una muestra clínica.

En el estudio de Jiménez y colaboradoras (Jiménez García, Menéndez Álvarez-Dandet, & Hidalgo García, 2008) realizado con población escolar, hallaron una media de 5,82 sucesos; igual a la hallada en nuestro estudio y un impacto emocional medio de 4,90; igual a la encontrada por nosotros.

Si bien los acontecimientos vitales estresantes influyen en los problemas externalizantes y en la satisfacción vital de los adolescentes, y esta relación se ha encontrado en múltiples estudios; también es cierto que no todos los adolescentes que sufren estos eventos tienen desajustes (Oliva et al., 2008).

Si analizamos algunos acontecimientos en particular, encontramos algunas diferencias con entre nuestro estudio y el de Oliva y colaboradores (Oliva et al., 2008). En su estudio, los acontecimientos vitales estresantes con mayor impacto emocional fueron el fallecimiento de un familiar, seguido de las discusiones con amigos y la enfermedad de un familiar. En nuestra muestra fueron el embarazo, los problemas en el área sexual y la muerte de pareja o amigo. Con respecto a la frecuencia de los eventos, en su estudio los más frecuentes fueron el traslado de clase, la muerte de un familiar y la ruptura de la relación de pareja, en comparación con los adolescentes estudiados por nosotros donde el estresor más frecuente fueron las

dificultades con los estudios, seguidos por la muerte de un familiar y los conflictos persistentes o broncas importantes con la familia.

### 7.2.9. Hipótesis IX

*Existen factores de riesgo y protección específicos para los intentos de suicidio, las conductas autolesivas y la ideación suicida en los adolescentes atendidos en salud mental.*

Los resultados de los análisis multivariados muestran diferentes factores de riesgo y protección asociados a cada una de las conductas estudiadas.

Con respecto a los intentos de suicidio el único factor de protección independiente, controlando el efecto de las variables incluidas en el análisis, fue la percepción del adolescente de que su familia tenía un funcionamiento normal. Este dato es coherente con la literatura previa, se comenta en la siguiente hipótesis. En relación a los factores de riesgo, no se halló ningún factor de riesgo independiente. Sin embargo otros estudios han señalado de modo sistemático el sexo femenino como factor de riesgo independiente para los intentos de suicidio, doblando (Slap et al., 2001; Wichstrom, 2009) o triplicando el riesgo (Young, Riordan, et al., 2011).

El antecedente de haber tenido que realizar tratamiento médico previo supuso un factor de riesgo independiente tanto para los pensamientos acerca de autolesionarse como para las autolesiones sin intención suicida, que incrementaban el riesgo cerca de 5 y 3 veces respectivamente. Estudios previos con adolescentes han establecido que el ser atendido en un hospital por un problema somático (Christiansen & Stenager, 2012), el padecer dolor crónico (van Tilburg, Spence, Whitehead, Bangdiwala, & Goldston, 2011) y el sufrir cáncer (Kunin, Patenaude, & Grier, 1995) son factores de riesgo para la ideación y las conductas suicidas. Otros estudios acerca de la

diabetes tipo 1, establecieron que suponía un riesgo para la ideación suicida y los intentos de suicidio (Goldston, Kovacs, Ho, Parrone, & Stiffler, 1994) y para las autoagresiones en mujeres adolescentes (Radobuljac, Bratina, Battelino, & Tomori, 2009).

La elevada internalización de la ira fue otro factor de riesgo independiente para los pensamientos autoagresivos, elevando el riesgo más de 10 veces. Este resultado es similar a lo encontrado por Zhang y colaboradores (Zhang et al., 2012), quienes hallaron que una elevada hostilidad y un nivel elevado de ira eran factores el riesgo para la ideación suicida controlando el efecto de la autoestima, el vínculo con familiares y amigos y las características familiares, escolares, y sociodemográficas. Sin embargo, en el mismo estudio concluían que niveles bajos de ira se relacionaban con un mayor riesgo de intentar suicidarse. En este sentido el empleo del STAXI-NA para medir diversas facetas de la ira, tal como hemos hecho en este estudio, podría esclarecer mejor esta relación. En los análisis univariados si bien la internalización de la ira suponía un factor de riesgo para las autolesiones y los pensamientos autoagresivos, el control externo de la ira suponía un factor de protección. Sería interesante esclarecer la relación entre las distintas facetas de la ira y las autolesiones en futuros estudios.

En lo referente a la relación entre síntomas emocionales y autolesiones, encontramos que el puntuar superando el punto de corte del SDQA incrementaba el riesgo de autolesiones. En este sentido la literatura previa establece también esta relación, como se ha comentado anteriormente. El estudio longitudinal de Aglan y colaboradores (Aglan et al., 2008) con población clínica, determinan que entre los predictores de las conductas autoagresivas en adultos jóvenes se encuentran la desesperanza y la depresión crónica en la infancia y adolescencia. Otros síntomas emocionales además de los relacionados con la depresión, como la ansiedad y la

hostilidad se han relacionado también con las autolesiones (Madge et al., 2011; Wilkinson et al., 2011).

Respecto a los factores de protección independientes para las autolesiones encontramos el buen nivel de funcionamiento global y el percibir que la familia no es disfuncional, con OR cercanas a 4 y 5 respectivamente. Por tanto, aquellos adolescentes que mostraban un funcionamiento normal en diversas áreas como el hogar, la escuela o los iguales, tenían menor riesgo de autolesionarse. Otros estudios previos han señalado como factor de riesgo el bajo nivel de funcionamiento para las autolesiones (Esposito-Smythers et al., 2010) y para la ideación suicida (Reinherz et al., 2006). Las implicaciones del funcionamiento familiar normal en relación a la ideación suicida se comentan en la hipótesis X.

Respecto a la ideación suicida, encontramos que los problemas emocionales suponían un incremento del riesgo cercano a 7. Los síntomas de depresión como los pensamientos automáticos negativos, la desesperanza y la anhedonia se han asociado a la ideación suicida en numerosos estudios realizados con adolescentes (Bridge et al., 2006; Nock & Kazdin, 2002; Wagenaar, Hagaman, Kaiser, McLean, & Kohrt, 2012; Wang et al., 2011). Así mismo, la combinación de sintomatología depresiva y ansiosa o sintomatología depresiva y alteraciones conductuales se ha asociado con el riesgo de ideación suicida (Foley, Goldston, Costello, & Angold, 2006).

Como se ha comentado en la hipótesis II, el hallazgo de que la exposición a más de 8 acontecimientos vitales estresantes aumentaba el riesgo de forma independiente 4 veces, es coherente con la literatura previa (Fergusson et al., 2000).

Por tanto, si bien como se ha descrito existen algunas variables específicamente asociadas a cada una de las conductas, también encontramos que hay dos de ellas:

los problemas emocionales y el funcionamiento normal en la familia; que fueron un factor de riesgo y protección, respectivamente, comunes a varias de las conductas estudiadas.

#### **7.2.10. Hipótesis X**

*El buen funcionamiento familiar será un factor de protección de los intentos de suicidio, las conductas autolesivas y la ideación suicida en los adolescentes atendidos en salud mental.*

La ausencia de disfunción familiar percibida por los adolescentes y medida a través del APGAR fue un factor de protección independiente para los intentos de suicidio, las autolesiones y la ideación suicida, reduciendo el riesgo de dichas conductas 11, 7 y 4.6 veces respectivamente. Esto es un hallazgo consistente con la literatura previa (Hollis, 1996) que tiene importantes implicaciones clínicas.

En un reciente estudio francés (Consoli et al., 2013) hallaron que la relación negativa con la madre o con el padre incrementaba el riesgo de intentar suicidarse cerca de 5 y 3 veces respectivamente; además el hecho de que los padres pese a vivir juntos mantuviesen mala relación entre ellos doblaba el riesgo para los intentos de suicidio. Otras investigaciones apuntan en la misma dirección, por ejemplo, en el estudio de Wichstrom (Wichstrom, 2000) el vínculo con los padres fue un factor de protección para los intentos de suicidio. También en el estudio de Cortés y colaboradores (Cortés Alfaro et al., 2010) encontraron que tener con quien contar en situaciones difíciles, el contar los problemas a su madre o a su padre, suponían factores de protección frente a los intentos de suicidio.

También los estudios que han explorado los riesgos asociados a las autolesiones sin intención suicida han determinado una relación directa e indirecta con los

problemas de relación familiar (Adrian, Zeman, Erdley, Lisa, & Sim, 2011).

Con respecto a la ideación suicida, las buenas relaciones sociales, la amabilidad y la confianza se han señalado como factores de protección (Langille et al., 2012). Viendo la otra cara de la moneda, estudios previos hallaron como factor de riesgo para la ideación suicida el tener conflictos con la familia (Madge et al., 2011), así como una mala relación con cada uno de los progenitores y/o entre ellos pese a vivir juntos (Consoli et al., 2013).

Por otra parte este factor se ha mostrado protector, en relación a otro tipo de problemas en la adolescencia identificados como factores de riesgo de las autoagresiones como las conductas externalizantes (Oliva et al., 2008), la psicopatología (Grant et al., 2003) o el consumo de sustancias (Muñoz-Rivas & Graña López, 2001).

### 7.3. IMPLICACIONES CLÍNICAS

#### 7.3.1. Características de la ideación y conductas autoagresivas y suicidas

En lo que respecta a la impulsividad de las conductas, la mayor parte de los adolescentes que se autoagredieron refirieron haber pensado en hacerlo durante menos de una hora. Otros estudios (Little, Clark, Ranc, & Duncan, 1993) han relacionado la impulsividad con las autolesiones y con los intentos de suicidio. En el estudio de Dougherty y colaboradores (Dougherty et al., 2009) la impulsividad fue un factor que diferenciaba aquellos adolescentes que referían sólo autolesiones no suicidas de aquellos quienes además habían realizado intentos de suicidio, pudiendo ser por tanto una variable indicadora de gravedad. No obstante la relación entre la impulsividad y la letalidad de las conductas autoagresivas aún no está clarificada. Estudios en adultos

(Baca-Garcia et al., 2001) han hallado una relación estadísticamente significativa e inversa entre la impulsividad y la letalidad de los intentos de suicidio. Por ello será necesario realizar estudios prospectivos que permitan establecer las peculiaridades de esta relación tanto en adolescentes como en adultos.

En lo referente al consumo de alcohol y otras sustancias, si bien algunas revisiones de estudios comunitarios como la de Madge y colaboradores (Madge et al., 2008) señalan poca influencia del consumo de sustancias en las conductas autolesivas, otros muchos estudios han señalado la relación entre el consumo de sustancias y las conductas autoagresivas (Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson, & Boergers, 2001; Nock & Prinstein, 2004; Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz, & Spirito, 2003) y entre el consumo problemático de alcohol y el suicidio en adolescentes (Kerkhof & Clark, 1993; Pirkola et al., 1999). Nos resulta por tanto llamativa la baja proporción de pacientes que afirmaron haber estado en alguna medida bajo la influencia del alcohol u otras sustancias durante los episodios de ideación o conductas autoagresivas, especialmente tratándose de una muestra clínica. Es posible que las cifras de nuestro estudio estén infradetectadas debido al sesgo de deseabilidad social, dado el contexto clínico en el que se evaluó a los adolescentes, a diferencia de los estudios en población general donde los participantes pueden mantener el anonimato. Esto supone una limitación en el estudio de la relación entre las conductas autoagresivas y el consumo de sustancias.

En relación a los desencadenantes, los conflictos con la familia fue el más importante según lo referido por los propios adolescentes. Otros estudios han mostrado que los problemas con los padres o entre ellos suponía un factor de riesgo tanto para las conductas autoagresivas sin intención suicida y como para aquellas con intención suicida (Madge et al., 2011;



Young, Riordan, et al., 2011). De forma sistemática los problemas con la familia fue el más intensamente puntuado tanto para la ideación suicida, como para la planificación suicida, las autolesiones sin intención suicida, los gestos de suicidio y los intentos de suicidio. Este resultado es congruente el estudio de Cortés y colaboradores (Cortés Alfaro et al., 2010), en el cual los adolescentes refirieron que los conflictos con la familia como el factor más importante en la franja de edad de los 10 a los 14 años y como segundo factor en el de 15 a 19 años. Otros estudios han señalado los conflictos interpersonales como el desencadenante más común de los intentos de suicidio (Hagedorn & Omar, 2002).

Así mismo, de modo sistemático el segundo factor señalado fueron los problemas en el ámbito académico/laboral; habiendo sido señalado en otros estudios como un factor de riesgo para las autolesiones no suicidas y la ideación suicida (Madge et al., 2011), y para los intentos de suicidio (Consoli et al., 2013). Además, en el estudio cubano señalado anteriormente (Cortés Alfaro et al., 2010), encontraron que el segundo desencadenante más importante en los adolescentes de 10 a 14 años que habían intentado suicidarse eran los problemas con los estudios.

La única excepción a este patrón fue el desencadenante de los pensamientos acerca de hacerse daño a uno mismo, ya que en este caso los adolescentes señalaron un estado mental alterado seguido por los conflictos con iguales.

En el presente estudio los propios adolescentes establecieron una relación temporal entre los conflictos y los pensamientos y conductas autoagresivas, tanto con intención suicida como sin, ella, por lo que estos conflictos pueden actuar no sólo como factores de riesgo, sino uno de los disparadores de estas conductas.

En relación a las funciones referidas para cada conducta, nuestros resultados son consistentes con los reportados por Nock y colaboradores (Nock et al., 2007). La función puntuada por los adolescentes como más importante fue el reforzamiento negativo automático (es decir, "para parar o alejar los malos sentimientos"), lo que sugiere que las diferentes formas de autoagresión pueden tener una función similar.

Como se ha constatado previamente (Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010) los gestos suicidas se desvían del patrón observado en otras conductas autoagresivas, ya que los adolescentes afirmaron haber realizado esta conducta buscando los efectos del refuerzo social (es decir, "para comunicarse con alguien y / o conseguir su atención"). Estos resultados también son consistentes tanto con la definición de gestos de suicidio: "conductas autolesivas en las cuales no hay intención de morir, sino dar la apariencia de un intento de suicidio con el fin de comunicarse con los demás"– Nock y Kessler, 2006 (Nock & Kessler, 2006); como con estudio anterior de nuestro grupo sobre conductas autoagresivas en adultos (García-Nieto et al., 2012). Por lo tanto, a diferencia de otras conductas autoagresivas, parece que los adolescentes que realizan gestos suicidas lo harían para influir en los demás, más que para regular sus emociones. Los datos hallados acerca de la baja comorbilidad de los intentos de suicidio entre aquellos que realizaron gestos suicidas parece apuntar en la misma dirección. Por ello, y pese a la recomendación del CDC (Crosby et al., 2011) de eliminar el uso de gesto de suicidio, los datos de la investigación apuntan a la necesidad de diferenciarlo de otros fenómenos por su distinta función.

Como señalábamos el reforzamiento negativo automático fue la función más frecuentemente atribuida a las autolesiones sin intención suicida. Este hallazgo es coherente con la literatura previa. Muchos autores encontraron que

las autolesiones se mantienen principalmente por reforzamiento negativo (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Klonsky, 2007; Nock & Prinstein, 2005; Zetterqvist, Lundh, Dahlstrom, & Svedin, 2013). A pesar de sus consecuencias negativas a largo plazo, las autolesiones efectivamente ponen fin a los estados emocionales no deseados (Chapman et al., 2006; Gratz, 2003). Frente a ello, al reforzamiento negativo social, que fue la función más intensamente atribuida a los pensamientos acerca de autoagredirse, (“para evitar hacer algo que no quiero”).

En este sentido, nuestros resultados están en línea con los autores que apoyan la función de la regulación del afecto. En una revisión de 18 estudios realizada por Klonsky (Klonsky, 2007) concluye que existe suficiente evidencia de las siguientes características del proceso de autolesionarse:

- el malestar precede a la autolesión,
- el efecto inmediato que describen las personas que se autolesionan es el alivio y la reducción de ese malestar,
- en la mayoría de ocasiones realizan esta conducta con la intención de aliviar estados internos negativos,
- cuando se ha estudiado en contextos experimentales se ha observado una reducción del arousal y el afecto negativo tras la representación de las conductas

Así mismo nuestros datos son igualmente congruente la dificultad en la demora de la gratificación típica de los adolescentes (Mathias et al., 2011) quienes tendrían más facilidad para repetir conductas que funcionan en el corto plazo para aliviar el malestar aunque fuesen problemáticas a la larga.

Otros autores encontraron que las autolesiones se asociaron a una función de

refuerzo positivo social, especialmente en los casos de contagio social (Gould, 2001; Joiner, 2003). Según lo señalado por Nock y Prinstein (Nock & Prinstein, 2005), algunos adolescentes pueden creer que sus amigos lograron conseguir sus objetivos interpersonales al autolesionarse. Si bien los estudios con adolescentes institucionalizados señalan una mayor importancia del reforzamiento automático en el mantenimiento de estas conductas (Nock & Prinstein, 2004; Penn et al., 2003), otros estudios comunitarios han encontrado que las autolesiones se relacionaban también con el reforzamiento automático y con el social (Lloyd-Richardson et al., 2007). Las autolesiones sin intención suicida se han detectado con mayor frecuencia entre aquellos adolescentes que han estado muy expuestos a imágenes, historias o mensajes acerca de las autolesiones (Dieserud et al., 2000). El efecto de contagio ha sido señalado como un factor significativo en el aumento de la prevalencia de estas conductas, siendo internet una plataforma especialmente potente para ello y si bien podría ser un medio de ayuda y apoyo, también puede convertirse en un potente reforzador de conductas autoagresivas (Whitlock et al., 2006). Nuestros resultados muestran que el más del 20% de los adolescentes que se autolesionaron lo hicieron tras conocer que alguno de sus amigos lo había hecho con anterioridad y que más del 30% reconocieron que tras haberse autolesionado algún amigo suyo comenzaron a hacerlo posteriormente. Pese a que cuando fueron preguntados acerca de la intensidad de la influencia de este factor, señalaron puntuaciones medias menores a 1 (en una escala de 0 a 4 puntos), tanto en un sentido como en otro.

Otra función señalada en algunos estudios previos fue el castigo hacia uno mismo o el autodesprecio (Nock & Prinstein, 2004), que podría ser entendido como una forma de aliviar la culpa, es decir, como otra forma de reforzamiento negativo.



Por otra parte, los datos de las investigaciones previas remarcaban la relación entre las conductas autolesivas con y sin intención suicida (Kerr et al., 2010; Tang et al., 2011; Wilkinson & Goodyer, 2011) y nuestros datos efectivamente muestran elevadas comorbilidades entre unas conductas y otras. Desde el punto de vista del análisis de la conducta (Skinner, 1938) esta relación se podría explicar por la equivalencia funcional, es decir, pese a que distintos tipos de autoagresiones son diferentes a nivel topográfico, la función de reducción del malestar es común. Por ejemplo, en un estudio con 120 adolescentes atendidos en un hospital por haber realizado un intento de suicidio (Boergers, Spirito, & Donaldson, 1998) concluyeron que los motivos más frecuentes fueron: la muerte, escapar y obtener alivio. Así mismo, en el estudio de Madge y colaboradores (Madge et al., 2008), las razones más comunes dadas por los adolescentes fueron el alivio de un estado mental aversivo seguido del deseo de morir. Cabría preguntarse si el adolescente que se autolesiona buscando no sentir vacío, no está funcionalmente escapando del malestar al igual que otro que se sienta muy angustiado y se autolesione para ponerle fin a su ansiedad, e incluso otro cuyo malestar sea tan intenso o mantenido que el pensar en suicidarse o intentarlo de hecho, funcione como una “solución” que ponga fin a su dolor. Dado que los adolescentes que intentan suicidarse y/o realizarse autolesiones informan que lo hacen para escapar de las experiencias negativas, nuestros resultados son consistentes con los estudios que sugieren una equivalencia funcional entre estas dos formas de conductas autolesivas (Boergers et al., 1998; Hawton, Cole, O'Grady, & Osborn, 1982; Muehlenkamp, Kerr, Bradley, & Adams Larsen, 2010; Nock & Prinstein, 2005), aspecto relevante en la orientación del tratamiento que se comentará posteriormente.

### **7.3.2. Detección**

Actualmente se tiene conocimiento de la relación entre las conductas autoagresivas en la adolescencia y un peor funcionamiento en la edad adulta. En el estudio prospectivo la ideación suicida y las conductas autoagresivas predecían 15 años después la aparición de estas conductas Reinherz y colaboradores (Reinherz et al., 2006). Dada por tanto la tendencia hacia la continuidad y el mantenimiento de las conductas suicidas es especialmente importante su detección y tratamiento lo antes posible.

Algunos de los hallazgos del presente estudio pueden facilitar la mejor identificación de adolescentes con riesgo de realizar conductas autoagresivas con y sin intención suicida.

En primer lugar, dado que la ideación y conductas autoagresivas raramente suponen el motivo de derivación desde atención primaria a salud mental, sería muy útil potenciar la detección temprana desde este primer nivel de atención. Además, nuestros datos señalan como un factor de riesgo independiente para los pensamientos autoagresivos y las autolesiones fue el haber realizado tratamiento médico previo. Por ello sería conveniente que los médicos, tanto de atención primaria como hospitalaria, tuviesen herramientas para evaluar la presencia de estos comportamientos lo antes posible y ofrecer tratamiento adecuado. Esto es especialmente importante por el riesgo que supone en ocasiones disponer de medicación potencialmente letal, como es la insulina. La coordinación entre profesionales es fundamental para reducir riesgos.

En segundo lugar, como se había predicho, hemos comprobado que un diagnóstico en particular no puede predecir el riesgo de las conductas autoagresivas. Esto implica que cuando un adolescente es atendido en salud mental, con independencia de la impresión diagnóstica del clínico, es

conveniente explorar de forma rutinaria la presencia de ideación y conductas autolesivas con y sin intención suicida.

En tercer lugar, si bien la literatura suele señalar un mayor riesgo entre las mujeres tanto para las conductas autolesivas como para los intentos de suicidio, nuestros resultados mostraban que no había diferencias entre los varones y las mujeres en la prevalencia de autolesiones. Por lo que es necesario explorarlas también en los varones, ya que al ser conductas que frecuentemente son topográficamente diferentes (por ejemplo, golpes a uno mismo) de las que muestran las mujeres (por ejemplo, cortes) podrían pasar desapercibidas.

En cuarto lugar, hemos hallado algunos factores que podrían ser indicativos de elevado riesgo entre los adolescentes atendidos en salud mental y que podrían suponer una señal para el clínico de la necesidad de monitorizar la aparición de ideación o conductas autoagresivas:

- La elevada presencia de acontecimientos vitales estresantes
- La elevada sintomatología de tipo emocional (tristeza, desesperanza, ansiedad, internalización de la ira)
- Los antecedentes de tratamientos médicos
- El bajo nivel de funcionamiento global en diversas áreas vitales
- La disfunción familiar

Finalmente, dada la prevalencia de las conductas autoagresivas y suicidas entre los adolescentes atendido en salud mental, la frecuente comorbilidad entre ellas y el riesgo de transición de unas a otras, se hace esencial evaluarlas de forma sistemática y rutinaria. Instrumentos como la entrevista estructurada empleada, EPCA (García-Nieto et al., 2012), son

herramientas muy útiles en la definición, no sólo topográfica sino también funcional, de un amplio rango de conductas autoagresivas que permiten obtener información clave para orientar la intervención clínica.

### 7.3.3. Tratamiento

Un objetivo fundamental del clínico deberá ser, una vez que se detecte ideación o conductas autoagresivas, ayudar al adolescente a frenar la transición de una a otra, por lo que implica el aumento en la gravedad y disfunción. Por ejemplo, en el caso de las autolesiones no suicidas, como hemos señalado anteriormente, el empleo de más de un método se ha relacionado con la transición de conductas autolesivas sin intención suicida a otras con intención suicida, por lo que la intervención precoz es fundamental.

Por otra parte, el papel del consumo de alcohol y otras drogas se ha señalado como especialmente relevante a la hora de mediar la transición entre la ideación suicida y los intentos de suicidio (Gould et al., 1998), especialmente en adolescentes con bajos niveles de sintomatología depresiva (McManama O'Brien et al., 2013). Por lo que la atención específica al consumo de drogas debería formar parte de la evaluación y el tratamiento en caso de detectarse.

En relación a las intervenciones encaminadas a la prevención de la repetición de conductas suicidas, se ha propuesto el contacto telefónico por parte de los sanitarios tras un intento de suicidio. Esta alternativa ha sido evaluada como una posible intervención en la prevención de los reintentos de suicidio en el año posterior, sin embargo, los resultados aún son modestos (Vaiva et al., 2006).

Los tratamientos empleados para las conductas autoagresivas han mostrado reducciones modestas en la repetición de dichas conductas (Wilkinson et al., 2011) Según una revisión de la Cochrane (Hawton

et al., 2000) el efecto del tratamiento aún es incierto, debido a los tamaños de las muestras de los estudios. No obstante, los autores hallaron reducciones con las siguientes estrategias:

- Terapia de solución de problemas frente a la vigilancia postratamiento estándar
- Contacto de emergencia y atención estándar frente a la vigilancia postratamiento estándar
- Vigilancia postratamiento intensiva frente a la vigilancia postratamiento estándar
- Antidepresivos frente a placebo
- Flupentixol frente a placebo en repetidores múltiples
- Terapia dialéctico-conductual frente a vigilancia postratamiento

La investigación sobre los factores de riesgo para las conductas estudiadas es amplia, pero aún no podemos determinar las variables necesarias y suficientes para predecir estas conductas. Pese a los esfuerzos por crear modelos eficaces de intervención, aún es necesario afinar los tratamientos y dirigirlos a reducir la probabilidad de que se produzca la transición desde la ideación a la conducta.

Nuestros datos apuntan a dos factores fundamentales en el tratamiento de las conductas autoagresivas con y sin intención suicida. En primer lugar, el papel de la familia como factor de protección en las diversas conductas estudiadas. En segundo lugar, la función más importante atribuida por los adolescentes de evitación o escape de emociones o pensamientos aversivos.

En lo que respecta al primer punto, y pese a que no podemos establecer relaciones causales, el hecho de que la familia juegue un papel protector tan potente frente a las

diversas conductas autoagresivas junto con el dato de ser el desencadenante más importante hace necesario plantear su inclusión en el tratamiento. Si bien hace más de 30 años, Richman (Richman, 1979) remarcaba que la inclusión de la familia del adolescente era un recurso típicamente infrautilizado, probablemente porque era excepcional que los terapeutas tuviesen formación específica en el tratamiento de las conductas autoagresivas y en terapia de familia, en los últimos años, han aumentado las experiencias terapéuticas en las cuales se interviene con los adolescentes y sus familias cuando los adolescentes han intentado suicidarse (Harrington et al., 1998; Pineda & Dadds, 2013; Rotheram-Borus, Piacentini, Miller, Graae, & Castro-Blanco, 1994; Wharff, Ginnis, & Ross, 2012). Sin embargo, en los tratamientos psicoterapéuticos de las autolesiones sin intención suicida en adolescentes, no se ha tenido en cuenta habitualmente. En una revisión de los acercamientos terapéuticos más eficaces en adolescentes que se autolesionaban, los autores (Washburn et al., 2012) señalan las siguientes conclusiones, entre las que no se incluye la intervención familiar:

- La evaluación es crítica en la comprensión de las funciones de las autolesiones
- Las estrategias motivacionales son necesarias pero no han sido evaluadas en este ámbito de actuación
- Los acercamientos cognitivo conductuales son las estrategias más prometedoras
- El entrenamiento en regulación de emociones, solución de problemas y habilidades interpersonales deberían ser el foco del tratamiento
- Se deben explorar factores físicos, como el autocuidado y el ejercicio

- Dado el sabido efecto de contagio se ha de ser prudente en la aplicación de tratamientos grupales
- Los contratos terapéuticos de compromiso de no autolesiones, se han mostrado ineficaces, siendo más útil establecer estrategias de prevención de recaídas

En lo que respecta al segundo punto, el hecho de que el reforzamiento negativo automático mantenga las autoagresiones, implica que el tratamiento debería estar orientado a dotar de estrategias que permitiesen al adolescente tolerar el malestar sin realizar acciones destructivas para ellos mismos, tal y como se está haciendo con la terapia dialectico conductual (Miller et al., 2007), con resultados prometedores (Fleischhaker et al., 2011). Desde la psicología contextual se ha propuesto el concepto de evitación experiencial destructiva (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Wilson & Luciano, 2002), definido como el esfuerzo para escapar y evitar emociones, pensamientos, recuerdos y otros eventos privados aversivos, que da lugar a consecuencias problemáticas para la persona; que se ajusta a la equivalencia funcional señalada previamente entre diversas autoagresiones y podría suponer una vía de intervención que ha mostrado eficacia en otros ámbitos (Ruiz, 2002). Por ello, la terapia de aceptación y compromiso, podría ser una alternativa coherente con los resultados encontrados, dados sus componentes principales:

- análisis funcional de la conducta para la identificación del patrón de evitación experiencial y sus consecuencias a corto y largo plazo
- aceptación de eventos privados, aceptación del malestar
- entrenamiento en estrategias de defusion o distanciamiento de los eventos privados

- entrenamiento en mindfulness destacando la importancia de la conexión con el presente
- desarrollo del yo contexto de forma que permita la experiencia de un yo estable que se enmarque en relación jerárquica con respecto a los eventos privados
- identificación de valores personales que sirvan de reforzadores generalizados a largo plazo
- puesta en marcha de acciones comprometidas orientadas a los valores

Frente a las estrategias clásicas de reestructuración cognitiva, este enfoque que parte de la Teoría del Marco Relacional (Hayes, 1991), podría dar cuenta del efecto observado en las intervenciones dirigidas a reducir tanto conductas autolesivas no suicidas como suicidas, tras las cuales la ideación no muestra una reducción equiparable a las conductas (Brown et al., 2005; Linehan et al., 2006). Por tanto, como señalan Nock y colaboradores (Nock et al., 2008), el efecto de la intervención recae básicamente en las herramientas que permiten no actuar la transición de los pensamientos a los actos. Por lo que sería útil emplear enfoques psicoterapéuticos que no se centraran en cambiar el contenido de los pensamientos ya que es difícil que cambien o desaparezcan a la luz de los datos disponibles, sino que lo hagan en la aceptación del malestar y el distanciamiento de los eventos privados de modo que se facilite el control del comportamiento.

#### 7.4. PUNTOS FUERTES

Hasta el momento se disponen en España de muy pocos datos acerca de las conductas autoagresivas en adolescentes. El presente estudio ha permitido cuantificar la presencia de intentos de suicidio, autolesiones e ideación suicida a

lo largo de la vida en una muestra de adolescentes atendidos en salud mental.

En el estudio se ha explorado un amplio número de variables que la literatura previa había relacionado con las autoagresiones. Una de las dificultades señaladas a la hora de comparar unos estudios y otros, especialmente en el contexto europeo, es la tendencia a emplear el término “deliberate self-harm” que incluye conductas con y sin intención suicida. Nuestro estudio explora unas y otras y muestra características que justifican su empleo diferencial en las investigaciones, tal como han sugerido otros previamente (Andover et al., 2012).

Los hallazgos encontrados acerca de los factores de riesgo y protección así como de la fenomenología de las conductas estudiadas pueden facilitar la mejor detección del riesgo en los adolescentes atendidos en salud mental así como marcar la dirección del tratamiento.

La variabilidad en las cifras de prevalencia observadas en la literatura previa se debe en gran medida al método de evaluación. Algunos autores han señalado la necesidad de esclarecer qué están entendiendo los adolescentes al ser preguntados por las conductas autolesivas, ya que hay estudios que apuntan a la no estabilidad de las respuestas en los cuestionarios (Ross & Heath, 2002). Por ello, el haber realizado la evaluación en formato de entrevista, ha solventado esta dificultad en nuestro estudio.

En este mismo sentido, la evaluación de las conductas autoagresivas se realizó mediante múltiples preguntas, evaluando no sólo la presencia o ausencia, sino también sus características topográficas y funcionales.

En lo que respecta a la caracterización clínica de los adolescentes estudiados, se han empleado diversas fuentes de información: padres, adolescentes y clínico; permitiendo una mejor fiabilidad.

Sin embargo, el estudio adolece de limitaciones que serán consideradas a continuación.

## **7.5. LIMITACIONES**

En primer lugar, dado carácter transversal y correlacional de nuestro estudio no podemos establecer relaciones causales entre los factores estudiados y las conductas autoagresivas. Por ello sólo podemos hablar de aumento o disminución en el riesgo entre las variables estudiadas y las conductas autoagresivas.

En segundo lugar, los diagnósticos fueron realizados mediante evaluación clínica conforme a criterios CIE-10; sin embargo la fiabilidad interjueces está comprometida. Por ello se presentaron los diagnósticos agrupados. En este sentido ha podido existir alguna discrepancia entre las aproximaciones diagnósticas detectadas por el SDQ y los diagnósticos clínicos, ya que se pudieron cumplimentar en etapas diferentes del seguimiento. Por ejemplo, los padres cumplimentan el SDQ atendiendo a la sintomatología de los últimos 6 meses. Los diagnósticos de los clínicos se suelen mantener a lo largo del tratamiento pese a que la sintomatología haya mejorado. Por ello en aquellos adolescentes que formaron parte del estudio y estaban en seguimiento previo se pueden observar discrepancias entre los diagnósticos (iniciales) y la sintomatología en el momento del estudio; ya que es esperable (y deseable) que hayan mejorado durante el seguimiento. Respecto a la estabilidad psicopatológica, se ha observado en diversos estudios que el SDQ, tanto en su versión para padres como en la de adolescentes, tiene una estabilidad test-retest alta (Ford, Collishaw, Meltzer, & Goodman, 2007; Muris, Meesters, & van den Berg, 2003).

En tercer lugar, hay dos aspectos que no han podido ser estudiados en profundidad dado el diseño del estudio. En primer lugar, el papel del consumo de sustancias adictivas se ha señalado en investigaciones

previas como fundamental en la transición de unas conductas autoagresivas a otras. Debido a un posible sesgo de deseabilidad social dado el contexto clínico en el que se evaluó, es posible que esté infradetectado. Estudios realizados en población escolar (Moran et al., 2012) han permitido mantener el anonimato por lo que las cifras de consumo podrían ser más fiables. Pese a que en la mayoría de estudios no se realiza, sería deseable disponer de medidas objetivas. En segundo lugar, un aspecto que no se ha explorado dada la baja prevalencia entre los adolescentes ha sido la relación entre los trastornos psicóticos y las conductas autoagresivas. Si bien apenas hay estudios al respecto en población adolescente, algunos autores (Kelleher et al., 2013) han remarcado la importancia de las experiencias psicóticas (francas o atenuadas) como marcadores de gravedad psicopatológica que incrementan el riesgo suicida en adolescentes atendidos en los servicios de salud mental. Por lo que en futuros estudios se deberían rastrear estos síntomas de forma específica.

En cuarto lugar, dado el carácter retrospectivo de los datos explorados acerca de la prevalencia a lo largo de la vida de las autoagresiones con o sin intención suicida en los adolescentes, un posible sesgo es el de recuerdo. Este efecto se deriva directamente del diseño transversal.

En quinto lugar, con respecto a la selección de la muestra, se intentó reducir este sesgo animando a todos los familiares y a los propios adolescentes contextualizando la evaluación como una herramienta útil en la mejora de los tratamientos administrados. De todos los pacientes que cumplían criterios de inclusión, el 83,96% aceptó participar y entregó los cuestionarios cumplimentados. Al analizar las características del 16,04% que rechazó participar, en comparación con quienes sí formaron parte del estudio, no encontramos ninguna diferencia estadísticamente significativa ni en el sexo,

ni en la edad media, ni en el diagnóstico de los adolescentes.

En sexto lugar, nuestros datos no se pueden generalizar a la población no clínica por las diferencias esperables en los niveles de psicopatología. Además el no disponer de un grupo control no clínico, no nos permite hacer comparaciones acerca de la presencia de factores de riesgo en población clínica diferenciales de la población general. Aunque el estudio podría representar a la población de adolescentes atendidos en los servicios de salud mental, el tamaño de la muestra y las características socioculturales de las áreas sanitarias atendidas en nuestro centro, podrían suponer un sesgo de generalizabilidad.

Finalmente, si bien en el ámbito de los adultos conocemos las principales variables asociadas a la recurrencia de conductas autoagresivas como los eventos vitales estresantes, el desempleo, la ausencia de pareja estable, la historia familiar de conductas suicidas, la ideación suicida y los trastornos mentales (Mendez-Bustos, de Leon-Martinez, Miret, Baca-Garcia, & Lopez-Castroman, 2013), en el caso de los adolescentes es necesario estudiar, mediante diseños longitudinales, los factores de riesgo tanto para la transición de unas conductas autoagresivas a otras como para la recurrencia de las mismas.







## 8. CONCLUSIONES

1. La prevalencia a lo largo de la vida de intentos de suicidio fue del 4.5%, de autolesiones sin intención suicida del 21.7% y de ideación suicida del 20.6% en los adolescentes estudiados en las consultas externas de salud mental. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en los intentos de suicidio y la ideación suicida, siendo fenómenos más frecuentes entre las mujeres.
2. La presencia de pensamientos y conductas autoagresivas con y sin intención suicida no se pudo asociar a una única agrupación diagnóstica, habiéndose detectado en adolescentes diagnosticados de diversos trastornos mentales.
3. Los acontecimientos vitales estresantes estuvieron asociados a los pensamientos y/o conductas autoagresivas con y sin intención suicida; sin embargo, los adolescentes estudiados no presentaron una mayor prevalencia de dichos acontecimientos, en los últimos 3 años, que los adolescentes de la población general española estudiados en la literatura previa.
4. A la hora de detectar ideación y conductas suicidas un perfil de elevado riesgo fue: presentar sintomatología emocional, haber sufrido en los últimos 3 años más de 8 acontecimientos vitales estresantes y percibir a la propia familia como disfuncional,. Estos tres factores permitieron clasificar correctamente al 78.6% de los adolescentes.
5. A la hora de detectar pensamientos y conductas sin intención suicida, un perfil de elevado riesgo fue: mostrar una elevada internalización de la ira, haber pasado por tratamientos médicos previos, presentar sintomatología emocional, tener un bajo funcionamiento global y percibir a la propia familia como disfuncional. Estos cinco factores permitieron clasificar correctamente al 65% de los adolescentes.
6. La percepción de los adolescentes de un funcionamiento normal en su familia fue un factor de protección independiente para los intentos de suicidio, las autolesiones sin intención suicida y la ideación suicida, que reducía el riesgo de dichas conductas 11.1, 7 y 4.6 veces, respectivamente. Por lo que deberá ser tenido en cuenta tanto en la valoración del riesgo de autoagresiones como en la intervención psicoterapéutica.
7. La función más importante atribuida por los adolescentes a los intentos de suicidio, a las autolesiones sin intención suicida y a la ideación suicida, fue el reforzamiento negativo automático, a diferencia de los gestos de suicidio, que fue el reforzamiento positivo social. Este hallazgo deberá ser tenido en cuenta a la hora de diseñar tratamientos eficaces.
8. Dada la elevada prevalencia de los pensamientos y/o conductas autoagresivas en los adolescentes estudiados, y el bajo porcentaje de ellos que fueron derivados a salud mental por dicho motivo, se hace necesario mejorar la detección en atención primaria y recomendar su exploración de modo sistemático y rutinario en salud mental.
9. Futuras investigaciones deben determinar la prevalencia de los pensamientos y las conductas autoagresivas en adolescentes en otros contextos, tanto clínicos como escolares; y explorar los factores de riesgo (sociodemográficos, psicológicos, clínicos, biológicos y/o genéticos) que permitan predecir la aparición o la recurrencia de nuevas conductas autoagresivas, mediante diseños longitudinales.



**9. FIGURAS**

Figura 1. Conductas y pensamientos relacionados con el suicidio	14
Figura 2. Ideación relacionada con el suicidio	14
Figura 3. Comunicación relacionada con el suicidio	15
Figura 4. Conductas relacionadas con el suicidio	15
Figura 5. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment	15
Figura 6. Conductas autoagresivas	17
Figura 7. Prevalencia del suicidio en España (2010)	23
Figura 8. Tasas de suicidio en España en menores de 15 años	24
Figura 9. Tasas de suicidio en España entre los 15 y los 19 años	24
Figura 10. Medios empleados para el suicidio en España en menores de 19 años	24
Figura 11. Tasas de suicidio en otros países entre los 16 y los 24 años	24
Figura 12. Tasas de autolesiones en Estados Unidos entre los 10 y los 15 años	26
Figura 13. Tasas de autolesiones en Estados Unidos de 15 a 19 años	26
Figura 14. Relación entre conductas autoagresivas	49
Figura 15. Taxonomía de los estudios	55
Figura 16. Pirámide poblacional	63
Figura 17. Funciones de la ideación suicida	68
Figura 18. Desencadenantes de la ideación suicida	69
Figura 19. Funciones de la planificación suicida	69
Figura 20. Desencadenantes de la planificación suicida	69
Figura 21. Funciones de los pensamientos autoagresivos	69
Figura 22. Desencadenantes de los pensamientos autoagresivos	70
Figura 23. Funciones de las autolesiones	70
Figura 24. Desencadenantes de las autolesiones	70
Figura 25. Funciones de los gestos suicidas	71
Figura 26. Desencadenantes de los gestos suicidas	71
Figura 27. Funciones de los intentos de suicidio	71
Figura 28. Desencadenantes de los intentos de suicidio	71
Figura 29. Impacto medio de cada acontecimiento vital estresantes	75
Figura 30. Acumulación de acontecimientos vitales estresantes	75
Figura 31. Motivos de consulta	76
Figura 32. Distribución de diagnósticos en varones	77
Figura 33. Distribución de diagnósticos en mujeres	77
Figura 34. APGAR FAMILIAR	78
Figura 35. APGAR FAMILIAR categorías	78
Figura 36. STAXI-NA puntuaciones medias	79
Figura 37. STAXI-NA Ira rasgo temperamento	79
Figura 38. STAXI-NA Ira rasgo reacción	79
Figura 39. STAXI-NA Ira rasgo total	80
Figura 40. STAXI-NA Externalización de la ira	80
Figura 41. STAXI-NA Internalización de la ira	80
Figura 42. STAXI-NA Control externo de la ira	80
Figura 43. STAXI-NA Control interno de la ira	80
Figura 44. STAXI-NA Control total de la ira	80
Figura 45. CDI Disforia	81
Figura 46. CDI Autoestima negativa	81
Figura 47. CDI Total	81
Figura 48. SDQ Padres, proporción de casos positivos	82
Figura 49. SDQ Adolescentes, proporción de casos positivos	82



**10. TABLAS**

Tabla 1. Resumen de prevalencia de las conductas autoagresivas	29
Tabla 2. Aspectos diferenciales del suicidio y los intentos de suicidio	30
Tabla 3. Aspectos diferenciales de las autolesiones suicidas y no suicidas	30
Tabla 4. Resumen de los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes	33
Tabla 5. Resumen de los factores de riesgo y protección asociados a los intentos de suicidio en adolescentes	40
Tabla 6. Resumen de factores de riesgo y protección asociados a autolesiones no suicidas en adolescentes	44
Tabla 7. Resumen de factores de riesgo asociados a ideación suicida en adolescentes	47
Tabla 8. Comparación de participantes y no participantes	56
Tabla 9. Variables estudiadas e instrumentos de medición	57
Tabla 10. País de origen	63
Tabla 11. Adopción	63
Tabla 12. Convivencia	63
Tabla 13. Nivel educativo	64
Tabla 14. Nivel educativo del padre	64
Tabla 15. Nivel educativo de la madre	64
Tabla 16. Nivel económico de la familia	64
Tabla 17. Conductas autoagresivas: Prevalencia y edad de aparición	67
Tabla 18. Prevalencia de conductas autoagresivas por grupos de edad	68
Tabla 19. Distribución de conductas autoagresivas según diagnósticos	68
Tabla 20. Acontecimientos vitales estresantes: ocurrencia, frecuencia e impacto	74
Tabla 21. CGI	78
Tabla 22. Tratamientos previos	78
Tabla 23. STAXI-NA puntuaciones medias en percentiles	79
Tabla 24. STAXI-NA puntuaciones por categorías	80
Tabla 25. CDI puntuaciones medias en percentiles	81
Tabla 26. SDQ Padres puntuaciones medias	81
Tabla 27. SDQ Adolescentes puntuaciones medias	82
Tabla 28. SDQ Padres, casos positivos	82
Tabla 29. SDQ Adolescentes, casos positivos	83
Tabla 30. Antecedentes personales	83
Tabla 31. Antecedentes familiares	83
Tabla 32. Factor de riesgo para intento de suicidio: sexo femenino	84
Tabla 33. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: edad	84
Tabla 34. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: conflictos con la familia	84
Tabla 35. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: adicción de un familiar	84
Tabla 36. Factor de riesgo para ideación suicida: cambio centro de estudios/trabajo	85
Tabla 38. Factor de riesgo para ideación suicida: problemas con sexualidad	85
Tabla 39. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: ruptura con la pareja	85
Tabla 40. Factor de riesgo para intento de suicidio: infidelidad de la pareja	85
Tabla 41. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: conflictos con pareja	85
Tabla 42. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: traición de amigo	85

Tabla 43. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: conflictos con conocido	85
Tabla 44. Factor de riesgo para ideación suicida: aislamiento o humillación por parte de iguales	85
Tabla 45. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: acumulación de acontecimientos vitales estresantes	85
Tabla 46. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: más de 8 acontecimientos vitales estresantes	86
Tabla 47. Factor de riesgo ideación e intento de suicidio: impacto medio de acontecimientos vitales estresantes	86
Tabla 48. Factor de protección para ideación e intento de suicidio: funcionamiento familiar	86
Tabla 49. Factor de protección para ideación e intento de suicidio: buen funcionamiento familiar	87
Tabla 51. Factor de riesgo para intento de suicidio: ira rasgo total	87
Tabla 52. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: internalización de la ira	87
Tabla 54. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: sintomatología depresiva	88
Tabla 55. Factor de riesgo ideación e intento de suicidio: autoestima negativa	88
Tabla 56. Factor de riesgo ideación e intento de suicidio: disforia	88
Tabla 57. Factor de riesgo para ideación suicida: elevada sintomatología depresiva	88
Tabla 58. Factor de riesgo para ideación suicida: elevada autoestima negativa	88
Tabla 59. Factor de riesgo para ideación suicida: elevada disforia	88
Tabla 60. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: SDQP Total	88
Tabla 61. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: SDQP Síntomas emocionales	88
Tabla 62. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: SDQA Total	89
Tabla 63. Factor de riesgo para ideación e intento de suicidio: SDQA Sintomatología emocional	89
Tabla 64. Factor de riesgo para intento de suicidio: SDQA Problemas de conducta	89
Tabla 65. Factor de riesgo para intento de suicidio: alcoholismo paterno	89
Tabla 66. Resumen factores de riesgo asociados a ideación suicida	90
Tabla 67. Resumen factores asociados a intentos de suicidio	90
Tabla 68. Modelo de regresión logística multivariada para ideación suicida	91
Tabla 69. Modelo de regresión logística múltiple para intentos de suicidio	91
Tabla 70. Factor de riesgo para autolesiones: adicción familiar	92
Tabla 71. Factor de riesgo para autolesiones: ruptura de pareja	92
Tabla 72. Factor de riesgo para autolesiones: conflicto de pareja	92
Tabla 73. Factor de riesgo para autolesiones: conflictos con conocidos	92
Tabla 74. Factor de riesgo para autolesiones: conflictos con la familia	92
Tabla 75. Factor de riesgo para autolesiones: acumulación de acontecimientos vitales estresantes	93
Tabla 76. Factor de riesgo para autolesiones: más de 8 acontecimientos vitales estresantes	93
Tabla 77. Factor de protección para autolesiones: nivel de funcionamiento	93
Tabla 78. Factor de protección para autolesiones: buen nivel de funcionamiento	93
Tabla 79. Factor de riesgo para pensamientos autoagresivos: meses en seguimiento psiquiátrico	93
Tabla 80. Factor de protección para autolesiones: funcionamiento familiar	94
Tabla 81. Factor de protección para autolesiones: buen funcionamiento familiar	94

Tabla 82. Factor de riesgo para autolesiones: internalización de la ira	94
Tabla 83. Factor de riesgo para pensamientos y autolesiones: elevada internalización de la ira	94
Tabla 84. Factor de protección para autolesiones: control externo de la ira medio	94
Tabla 85. Factor de riesgo para autolesiones: sintomatología depresiva	95
Tabla 86. Factor de riesgo para autolesiones: autoestima negativa	95
Tabla 87. Factor de riesgo para autolesiones: disforia	95
Tabla 88. Factor de riesgo para autolesiones: elevada sintomatología depresiva	95
Tabla 89. Factor de riesgo para pensamientos y autolesiones: elevada autoestima negativa	95
Tabla 90. Factor de riesgo para autolesiones: elevada disforia	95
Tabla 91. Factor de riesgo para autolesiones: SDQP	95
Tabla 92. Factor de riesgo para autolesiones: SDQP Problemas de conducta	95
Tabla 93. Factor de riesgo para autolesiones: SDQA	96
Tabla 94. Factor de riesgo para autolesiones: SDQA Síntomas emocional	96
Tabla 95. Factor de riesgo para autolesiones: SDQA Problemas de conducta	96
Tabla 96. Factor de riesgo para pensamientos autoagresivos: antecedentes de tratamientos médicos	96
Tabla 97. Factor de riesgo para autolesiones: antecedentes de alcoholismo materno	96
Tabla 98. Resumen factores asociados a pensamientos autoagresivos sin intención suicida	97
Tabla 99. Resumen factores asociados a autolesiones sin intención suicida	97
Tabla 100. Modelo de regresión logística multivariada para pensamientos autoagresivos	99
Tabla 101. Modelo de regresión logística multivariada para autolesiones sin intención suicida	99





## 11. BIBLIOGRAFIA

- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Abnorm Child Psychol*, 39(3), 389-400. doi: 10.1007/s10802-010-9465-3
- Aglan, A., Kerfoot, M., & Pickles, A. (2008). Pathways from adolescent deliberate self-poisoning to early adult outcomes: a six-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(5), 508-515. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01856.x
- Al-Habeeb, A. A., Sherra, K. S., Al-Sharqi, A. M., & Qureshi, N. A. (2013). Assessment of suicidal and self-injurious behaviours among patients with depression. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 19(3), 248-254.
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6, 11. doi: 10.1186/1753-2000-6-11
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA. (2012). American Psychiatric Association: DSM-5: development: non-suicidal self-injury Retrieved 08/08/2012, 2012
- APA. (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arendt, M., Sher, L., Fjordback, L., Brandholdt, J., & Munk-Jorgensen, P. (2007). Parental alcoholism predicts suicidal behavior in adolescents and young adults with cannabis dependence. *Int J Adolesc Med Health*, 19(1), 67-77.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., . . . Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. [Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(8), 772-781. doi: 10.1016/j.jaac.2011.04.003
- Ayala, G., & Martí, J. B. (2006). ¿Son suficientes las estadísticas oficiales para acercarnos a la realidad suicida en España? *Psiquiatría y Atención Primaria*.
- Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., Basurte, E., Prieto, R., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J., & de Leon, J. (2001). A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Clin Psychiatry*, 62(7), 560-564.
- Baca-García, E., Parra, C. P., Pérez-Rodríguez, M. M., Sastre, C., Torres, R. R., Saiz-Ruiz, J., & de

- Leon, J. (2007). Psychosocial stressors may be strongly associated with suicide attempts. *Stress and Health*, 23(3), 191-198. doi: 10.1002/smi.1137
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Affect Disord*, 134(1-3), 327-332. doi: 10.1016/j.jad.2011.06.026
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Saiz-Gonzalez, D., Basurte-Villamor, I., Saiz-Ruiz, J., Leiva-Murillo, J. M., . . . de Leon, J. (2007). Variables associated with familial suicide attempts in a sample of suicide attempters. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 31(6), 1312-1316. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.05.019
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. [Review]. *Psychol Rev*, 97(1), 90-113.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(3), 420-436.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Am J Psychiatry*, 147(2), 190-195.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. S., & Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión* (16ª ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer
- Bellon Saameno, J. A., Delgado Sanchez, A., Luna del Castillo, J. D., & Lardelli Claret, P. (1996). [Validity and reliability of the family Apgar family function test]. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Aten Primaria*, 18(6), 289-296.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Duberstein, P., Perez-Rodriguez, M. M., Dervic, K., Saiz-Ruiz, J., . . . Oquendo, M. A. (2010). An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *J Pers Disord*, 24(6), 773-784. doi: 10.1521/pedi.2010.24.6.773
- Blasco-Fontecilla, H., Jausent, I., Olie, E., Garcia, E. B., Beziat, S., Malafosse, A., . . . Courtet, P. (2013). Additive effects between prematurity and postnatal risk factors of suicidal behavior. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Psychiatr Res*, 47(7), 937-943. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.02.017
- Blumenthal, S. J., & Kupfer, D. J. (1990). *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*: American Psychiatric Press.
- Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(12), 1287-1293. doi: 10.1097/00004583-199812000-00012
- Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1987). Toward a predictive model of suicidal

- ideation and behavior: some preliminary data in college students. *Suicide Life Threat Behav*, 17(1), 50-63.
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153(6), 573-580.
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., & Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Compr Psychiatry*, 51(2), 121-129. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.05.003
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2009). The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 39(1), 58-71. doi: 10.1521/suli.2009.39.1.58
- Brent, D. A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *Suicide Life Threat Behav*, 25 Suppl, 52-63.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(12), 1497-1505. doi: 10.1097/00004583-199912000-00010
- Brent, D. A., Perper, J. A., Allman, C. J., Moritz, G. M., Wartella, M. E., & Zelenak, J. P. (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *JAMA*, 266(21), 2989-2995.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(3-4), 372-394. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *JAMA*, 294(5), 563-570. doi: 10.1001/jama.294.5.563
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., . . . Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. [Multicenter Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Br J Psychiatry*, 197(1), 20-27. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074716
- Buhren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., . . . Herpertz-Dahlmann, B. (2013). Comorbid Psychiatric Disorders in Female Adolescents with First-Onset Anorexia Nervosa. [Journal article]. *European eating*

- disorders review : the journal of the Eating Disorders Association.*
- Campi, R., Barbato, A., D'Avanzo, B., Guaiana, G., & Bonati, M. (2009). Suicide in Italian children and adolescents. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Affect Disord*, 113(3), 291-295. doi: 10.1016/j.jad.2008.05.019
- Cantor, C. H. (2000). Suicide in the western world. In K. Van Heeringen, K. Hawton & R. Goldney (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*: Chichester: Wiley.
- Carballo, J. J., Figueroa, A., Oquendo, M. A., & Soutullo, C. (2012). *Suicidio en niños y adolescentes: ideas, intentos y suicidio consumado. Prevención, Evaluación y Tratamiento* (Vol. 28): AEPNYA.
- Carballo, J. J., Harkavy-Friedman, J., Burke, A. K., Sher, L., Baca-Garcia, E., Sullivan, G. M., . . . Oquendo, M. A. (2008). Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness? [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Affect Disord*, 109(1-2), 57-63. doi: 10.1016/j.jad.2007.12.225
- Cash, S. J., & Bridge, J. A. (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. [Review]. *Curr Opin Pediatr*, 21(5), 613-619. doi: 10.1097/MOP.0b013e32833063e1
- CDC. (2009). Centers for Disease Control. Youth Risk Behavior Survey, 23/07/2012, from <http://webappa.cdc.gov/cgi-bin/broker.exe>
- CDC. (2012). Centers for Disease Control. National Center for Injury Prevention and Control. Centers for Disease Control and Prevention, from <http://webappa.cdc.gov/sasweb/n-cipc/nfirates2001.html>
- Consoli, A., Peyre, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B., Touchette, E., . . . Revah-Levy, A. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7(1), 8.
- Cooper, J., Appleby, L., & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(6), 271-275. doi: 10.1007/s001270200019
- Cortés Alfaro, A., Aguilar Valdés, J., Medina Suearez, R., Toledo Prado, J. L., & Echemendia, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1), 15-23.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Arch Gen Psychiatry*, 53(12), 1129-1136.
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta: Retrieved from <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf>.

- Cutter, F. (1991). *The Suicide Prevention Triangle*. Morro Bay, CA: Triangle Books.
- Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *Am J Psychiatry*, 160(6), 1041-1052.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther*, 44(3), 371-394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005
- Christiansen, E., & Stenager, E. (2012). Risk for attempted suicide in children and youths after contact with somatic hospitals: a Danish register based nested case-control study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Epidemiol Community Health*, 66(3), 247-253. doi: 10.1136/jech.2009.103887
- Dancyger, I. F., & Fornari, V. M. (2005). A review of eating disorders and suicide risk in adolescence. [Case Reports Review]. *ScientificWorldJournal*, 5, 803-811. doi: 10.1100/tsw.2005.101
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. A. (2004). *CDI. Inventario de depresión infantil. Manual. María Kovacs*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, V., Roa, M., Olmedo, M., & Colodron, F. (2002). Primera adaptación del CDI a la población española. *Acción Psicológica*, 3, 263-272.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D., & Aluja, A. (2005). *STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Dervic, K., Carballo, J. J., Baca-Garcia, E., Galfalvy, H. C., Mann, J. J., Brent, D. A., & Oquendo, M. A. (2011). Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Clin Psychiatry*, 72(10), 1390-1396. doi: 10.4088/JCP.09m05910gre
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Am J Psychiatry*, 161(12), 2303-2308. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2303
- Dieserud, G., Loeb, M., & Ekeberg, O. (2000). Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Suicide Life Threat Behav*, 30(1), 61-73.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Prevet, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., . . . Nouvion, S. O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychiatry Res*, 169(1), 22-27. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.011



- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., Hawkins, J., . . . Prevention. (2012). Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*, 61(4), 1-162.
- Esposito-Smythers, C., Goldstein, T., Birmaher, B., Goldstein, B., Hunt, J., Ryan, N., . . . Keller, M. (2010). Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self-injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *J Affect Disord*, 125(1-3), 89-97. doi: 10.1016/j.jad.2009.12.029
- Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcohol Clin Exp Res*, 28(5 Suppl), 77S-88S. Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse Negl*, 29(1), 45-58. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.06.014
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Suicide Life Threat Behav*, 35(3), 239-250.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychol Med*, 30(1), 23-39.
- Fleischhaker, C., Bohme, R., Sixt, B., Bruck, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 5(1), 3. doi: 10.1186/1753-2000-5-3
- Foley, D. L., Goldston, D. B., Costello, E. J., & Angold, A. (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Arch Gen Psychiatry*, 63(9), 1017-1024.
- Ford, T., Collishaw, S., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). A prospective study of childhood psychopathology: independent predictors of change over three years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(12), 953-961. doi: 10.1007/s00127-007-0272-2
- Galaif, E. R., Sussman, S., Newcomb, M. D., & Locke, T. F. (2007). Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: a review of empirical findings. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Int J Adolesc Med Health*, 19(1), 27-35.
- Garcia-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz Yepes, M., & Baca-Garcia, E. (2012). Translation and validation of the "Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.07.001
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. [Research Support, Non-U.S.



- Gov't]. *Dev Psychol*, 41(4), 625-635. doi: 10.1037/0012-1649.41.4.625
- Giner Jiménez, L. (2010). *Diferencias entre la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado*. (Tesis doctoral), Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Goldston, D. B., Kovacs, M., Ho, V. Y., Parrone, P. L., & Stiffler, L. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts among youth with insulin-dependent diabetes mellitus. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(2), 240-246. doi: 10.1097/00004583-199402000-00013
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Gould, M. S. (2001). Suicide and the media. [Review]. *Ann N Y Acad Sci*, 932, 200-221; discussion 221-204.
- Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Arch Gen Psychiatry*, 53(12), 1155-1162.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. [Review]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(4), 386-405. doi: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF
- Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., . . . Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(9), 915-923. doi: 10.1097/00004583-199809000-00011
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. [Review]. *Psychol Bull*, 129(3), 447-466.
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. doi: 10.1093/clipsy.bpg022
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(9), 1062-1069. doi: 10.1097/00004583-200109000-00015
- Guy, W. (1976). *Clinical Global Improvement Scale*: Rockville MD: National Institute of mental Health.
- Hagedorn, J., & Omar, H. (2002). Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. [Multicenter Study]. *Int J Adolesc Med Health*, 14(1), 55-60.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. (2011). Nonsuicidal self-injury in

- adolescence: prospective rates and risk factors in a 2(1/2) year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186(1), 65-70. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.056
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., . . . Byford, S. (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(5), 512-518.
- Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., & Osborn, M. (1982). Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Br J Psychiatry*, 141, 286-291.
- Hawton, K., Fagg, J., & Simkin, S. (1996). Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Br J Psychiatry*, 169(2), 202-208.
- Hawton, K., Haw, C., Houston, K., & Townsend, E. (2002). Family history of suicidal behaviour: prevalence and significance in deliberate self-harm patients. *Acta Psychiatr Scand*, 106(5), 387-393.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMJ*, 325(7374), 1207-1211.
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & van Heeringen, K. (2000). Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. [Review]. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD001764. doi: 10.1002/14651858.CD001764
- Hayes, S. C. (1991). Relational frame theory: A functional approach to verbal events. In S. C. Hayes, L. J. H. Hayes, M. Sato & K. Ono (Eds.), *Behavior analysis of language and cognition* (pp. 9-30). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*, 64(6), 1152-1168. doi: 10.1037/0022-006x.64.6.1152
- Hollis, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(5), 622-630. doi: 10.1097/00004583-199605000-00017
- Hoop, J. G., Smyth, A. C., & Roberts, L. W. (2008). Ethical issues in psychiatric research on children and adolescents. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17(1), 127-148, x. doi: 10.1016/j.chc.2007.07.003
- Horowitz, L. M., Ballard, E. D., & Pao, M. (2009). Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. [Research Support, N.I.H., Intramural Review]. *Curr Opin Pediatr*, 21(5), 620-627. doi: 10.1097/MOP.0b013e3283307a89
- INE. (2012). Instituto Nacional de Estadística. *Defunciones según la causa de muerte 2010.*: Retrieved

- from  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2010/&file=pcaxis>.
- Isohookana, R., Riala, K., Hakko, H., & Rasanen, P. (2013). Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(1), 13-22. doi: 10.1007/s00787-012-0311-8
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Arch Suicide Res*, 11(2), 129-147. doi: 10.1080/13811110701247602
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37(2), 363-375. doi: 10.1080/15374410801955771
- Jiménez García, L., Méndez Álvarez-Dardet S., & Hidalgo García, M.V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 427-440.
- Joiner, T. E., Jr. (2003). Contagion of suicidal symptoms as a function of assortative relating and shared relationship stress in college roommates. *J Adolesc*, 26(4), 495-504.
- Joiner, T. E., Jr., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. [Review]. *Annu Rev Psychol*, 56, 287-314. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070320
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., & Herzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Arch Gen Psychiatry*, 60(2), 179-183.
- Kelleher, I., Devlin, N., Wigman, J. T., Kehoe, A., Murtagh, A., Fitzpatrick, C., & Cannon, M. (2013). Psychotic experiences in a mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. [Journal article]. *Psychol Med*, 1-10.
- Kerkhof, A. J., & Clark, D. C. (1993). Stability of suicide rates in Europe. [Editorial]. *Crisis*, 14(2), 50-52.
- Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., & Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. [Review]. *J Am Board Fam Med*, 23(2), 240-259. doi: 10.3122/jabfm.2010.02.090110
- King, C. A., & Merchant, C. R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Arch Suicide Res*, 12(3), 181-196. doi: 10.1080/13811110802101203
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 226-235.

- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., . . . Gould, M. S. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. [Multicenter Study]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(3), 254-261. doi: 10.1097/CHI.0b013e318196b91f
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Clin Psychol Rev*, 27(2), 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Consult Clin Psychol*, 76(1), 22-27. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.22
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Psychopharmacol Bull*, 21(4), 995-998.
- Kramer, M. S., & Boivin, J. F. (1987). Toward an "unconfounded" classification of epidemiologic research design. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Chronic Dis*, 40(7), 683-688.
- Kunin, H. M., Patenaude, A. F., & Grier, H. E. (1995). Suicide risk in pediatric cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 4(2), 149-155. doi: 10.1002/pon.2960040209
- Langille, D. B., Asbridge, M., Kisely, S., & Rasic, D. (2012). Suicidal behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada: protective associations with measures of social capital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(10), 1549-1555. doi: 10.1007/s00127-011-0461-x
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 25-46.
- Li, X. Y., Phillips, M. R., Zhang, Y. P., Xu, D., & Yang, G. H. (2008). Risk factors for suicide in China's youth: a case-control study. *Psychol Med*, 38(3), 397-406. doi: 10.1017/s0033291707001407
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*: Guilford Publications.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. [Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural]. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7), 757-766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
- Little, K. Y., Clark, T. B., Ranc, J., & Duncan, G. E. (1993). Beta-adrenergic receptor binding in frontal cortex from suicide victims. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Biol Psychiatry*, 34(9), 596-605.
- Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender

- youth. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Am J Prev Med*, 42(3), 221-228. doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.023
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Psychol Med*, 37(8), 1183-1192. doi: 10.1017/S003329170700027X
- Lopez-Castroman, J., Melhem, N., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., . . . Oquendo, M. A. (2013). Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*, 12(2), 149-154. doi: 10.1002/wps.20039
- Mack, J. E. (1986). The conditions of collective suicide and the threat of nuclear war. *Bull Menninger Clin*, 50(5), 464-479.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E. J., . . . Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20(10), 499-508. doi: 10.1007/s00787-011-0210-4
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., . . . Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(6), 667-677. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Am J Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Martin, J., Bureau, J. F., Cloutier, P., & Lafontaine, M. F. (2011). A comparison of invalidating family environment characteristics between university students engaging in self-injurious thoughts & actions and non-self-injuring university students. [Comparative Study]. *J Youth Adolesc*, 40(11), 1477-1488. doi: 10.1007/s10964-011-9643-9
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Duran Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., . . . Therond, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. [Validation Studies]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 2, II40-46. doi: 10.1007/s00787-004-2007-1
- Mathias, C. W., Dougherty, D. M., James, L. M., Richard, D. M., Dawes, M. A., Acheson, A., & Hill-Kapturczak, N. (2011). Intolerance to delayed reward in girls with multiple suicide attempts. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Suicide Life Threat Behav*, 41(3),



- 277-286. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00027.x
- McIntosh, J. L. (2012). U.S.A. Suicide: 2009 Official data Retrieved 22 de agosto de 2012, from [http://www.suicidology.org/c/document\\_library/get\\_file?folderId=248&name=DLFE-540.pdf](http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=248&name=DLFE-540.pdf)
- McKey, P. W., Jones, R. W., Barbe, R. H., & Horsham, P. A. (1993). *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention.*: LRP Publications.
- McManama O'Brien, K. H., Becker, S. J., Spirito, A., Simon, V., & Prinstein, M. J. (2013). Differentiating Adolescent Suicide Attempters from Ideators: Examining the Interaction between Depression Severity and Alcohol Use. [Journal article]. *Suicide Life Threat Behav.*
- Mendez-Bustos, P., de Leon-Martinez, V., Miret, M., Baca-Garcia, E., & Lopez-Castroman, J. (2013). Suicide reattempters: a systematic review. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Harv Rev Psychiatry*, 21(6), 281-295. doi: 10.1097/HRP.0000000000000001
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York.
- Miller, T. R., & Taylor, D. M. (2005). Adolescent suicidality: who will ideate, who will act? [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Suicide Life Threat Behav*, 35(4), 425-435.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Retrieved from <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Lancet*, 379(9812), 236-243. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61141-0
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6, 10. doi: 10.1186/1753-2000-6-10
- Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R., & Adams Larsen, M. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *J Nerv Ment Dis*, 198(4), 258-263. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181d612ab
- Muñoz-Rivas, M. J., & Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12(1), 1-8. doi: 10.1007/s00787-003-0298-2
- Nock, M. K., & Banaji, M. R. (2007). Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *J Consult Clin Psychol*, 75(5), 707-

715. doi: 10.1037/0022-006x.75.5.707
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Epidemiol Rev*, 30, 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. [Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. *Psychol Assess*, 19(3), 309-317. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.309
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Mol Psychiatry*, 15(8), 868-876. doi: 10.1038/mp.2009.29
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Jr., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Psychiatry Res*, 144(1), 65-72. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2002). Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 31(1), 48-58. doi: 10.1207/S15374424JCCP3101\_07
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Abnorm Psychol*, 115(3), 616-623. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.616
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Consult Clin Psychol*, 72(5), 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Abnorm Psychol*, 114(1), 140-146. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 26(3), 237-252.
- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, A., & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.



- Olson, D. H. (1986). Circumplex Model VII: validation studies and FACES III. *Fam Process*, 25(3), 337-351.
- OMS. (2006). Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Recursos para consejeros. , from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf)
- OMS. (2012). Organización Mundial de la Salud. Suicide Prevention (SUPRE) Retrieved 21/10/2012, 2012, from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/index.html)
- OMS. (2012). Organización Mundial de la Salud, 2012, from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Mann, J. J., & Giner, J. (2008). Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. [Editorial Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Am J Psychiatry*, 165(11), 1383-1384. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08020281
- Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal, J., Llorente, C., Alvarez, M., . . . Bobes, J. (2008). Is attempted suicide different in adolescent and adults? [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 131-137. doi: 10.1016/j.psychres.2007.02.012
- Patterson, A. A., & Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: a test of Shneidman's model. *Suicide Life Threat Behav*, 42(2), 147-156. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00078.x
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. O. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. [Comparative Study]. *Am J Psychiatry*, 159(3), 408-411.
- Penn, J. V., Esposito, C. L., Schaeffer, L. E., Fritz, G. K., & Spirito, A. (2003). Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(7), 762-769. doi: 10.1097/01.CHI.0000046869.56865.46
- Peterson, B. S., Zhang, H., Santa Lucia, R., King, R. A., & Lewis, M. (1996). Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(9), 1162-1173.
- Pfeffer, C. R. (2007). *Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management*. (4ª ed ed.): Lippincott Williams & Wilkins.
- Piko, B., & Kovacs, E. (2009). [Is religiosity a protective factor? Social epidemiologic study of adolescent psychological health]. *Orv Hetil*, 150(41), 1903-1908. doi: 10.1556/OH.2009.28704
- Pineda, J., & Dadds, M. R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(8), 851-862. doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.015
- Pirkola, S. P., Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Heikkinen, M. E., & Lonnqvist, J. K. (1999). Alcohol-related problems among

- adolescent suicides in Finland. *Alcohol Alcohol*, 34(3), 320-329.
- Plener, P. L., Kapusta, N. D., Kolch, M. G., Kaess, M., & Brunner, R. (2012). [Non-suicidal self-injury as autonomous diagnosis - implications for research and clinic of the DSM-5 proposal to establish the diagnosis of Non-Suicidal Self-Injury in adolescents]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 40(2), 113-120. doi: 10.1024/1422-4917/a000158
- Plunkett, A., O'Toole, B., Swanston, H., Oates, R. K., Shrimpton, S., & Parkinson, P. (2001). Suicide risk following child sexual abuse. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Ambul Pediatr*, 1(5), 262-266.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. [Meta-Analysis]. *Int J Eat Disord*, 36(1), 99-103. doi: 10.1002/eat.20011
- Posner, K., Melvin, G. A., Stanley, B., Oquendo, M. A., & Gould, M. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectr*, 12(2), 156-162.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural]. *Am J Psychiatry*, 164(7), 1035-1043. doi: 10.1176/appi.ajp.164.7.1035
- Radobuljac, M. D., Bratina, N. U., Battelino, T., & Tomori, M. (2009). Lifetime prevalence of suicidal and self-injurious behaviors in a representative cohort of Slovenian adolescents with type 1 diabetes. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Pediatr Diabetes*, 10(7), 424-431. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00501.x
- Rasic, D., Kisely, S., & Langille, D. B. (2011). Protective associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk, suicidal behaviours and substance use in adolescents in Nova Scotia, Canada. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Affect Disord*, 132(3), 389-395. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.007
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R., & Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural]. *Am J Psychiatry*, 163(7), 1226-1232. doi: 10.1176/appi.ajp.163.7.1226
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., . . . Udry, J. R. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *JAMA*, 278(10), 823-832.
- Reyes, J. C., Robles, R. R., Colon, H. M., Negron, J. L., Matos, T. D., & Calderon, J. M. (2011). Polydrug use and attempted suicide among Hispanic adolescents in Puerto Rico. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Arch Suicide Res*,

- 15(2), 151-159. doi: 10.1080/13811118.2011.565274
- Richman, J. (1979). The family therapy of attempted suicide. *Fam Process*, 18(2), 131-142.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *J Youth Adolesc*, 31(1), 67-77. doi: 10.1023/a:1014089117419
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Miller, S., Graae, F., & Castro-Blanco, D. (1994). Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(4), 508-517. doi: 10.1097/00004583-199405000-00009
- Ruiz, F. J. (2002). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Russ, M. J., Shearin, E. N., Clarkin, J. F., Harrison, K., & Hull, J. W. (1993). Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. [Comparative Study]. *Am J Psychiatry*, 150(12), 1869-1871.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health*, 91(8), 1276-1281.
- Rutter, P. A., & Soucar, E. (2002). Youth suicide risk and sexual orientation. *Adolescence*, 37(146), 289-299.
- Salvo, G. L., & Castro, S. A. (2013). [Association of loneliness, impulsivity and alcohol use with suicidal behavior in adolescents]. [English Abstract]. *Revista medica de Chile*, 141(4), 428-434.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., . . . Regier, D. A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(7), 865-877.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Arch Gen Psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Arch Gen Psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll P, W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Suicide Life Threat Behav*, 37(3), 264-277. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.264

- Sinaiko, A. R., Steinberger, J., Moran, A., Prineas, R. J., Vessby, B., Basu, S., . . . Jacobs, D. R., Jr. (2005). Relation of body mass index and insulin resistance to cardiovascular risk factors, inflammatory factors, and oxidative stress during adolescence. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Circulation*, 111(15), 1985-1991. doi: 10.1161/01.CIR.0000161837.23846.57
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Slap, G., Goodman, E., & Huang, B. (2001). Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics*, 108(2), E30.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. [Case Reports]. *J Fam Pract*, 6(6), 1231-1239.
- Sourander, A., Klomek, A. B., Niemela, S., Haavisto, A., Gyllenberg, D., Helenius, H., . . . Gould, M. S. (2009). Childhood predictors of completed and severe suicide attempts: findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Arch Gen Psychiatry*, 66(4), 398-406. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.21
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. [Review]. *Trends Cogn Sci*, 9(2), 69-74. doi: 10.1016/j.tics.2004.12.005
- Taaström, A., Klahn, J., Staal, N., Thomsen, P. H., & Johansen, A. (2013). Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: A 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry*. doi: 10.3109/08039488.2013.846410
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Pigg, R. M., Jr., Miller, M. D., & Dodd, V. J. (2009). Spiritual well-being and suicidal ideation among college students. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Am Coll Health*, 58(1), 83-90. doi: 10.3200/JACH.58.1.83-90
- Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., . . . Liu, Z. (2011). Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *PLoS One*, 6(4), e17977. doi: 10.1371/journal.pone.0017977
- Tapert, S. F., Aarons, G. A., Sedlar, G. R., & Brown, S. A. (2001). Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Adolesc Health*, 28(3), 181-189.
- Vaiva, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., . . . Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. [Comparative Study Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't].

- BMJ, 332(7552), 1241-1245. doi: 10.1136/bmj.332.7552.1241
- van Tilburg, M. A., Spence, N. J., Whitehead, W. E., Bangdiwala, S., & Goldston, D. B. (2011). Chronic pain in adolescents is associated with suicidal thoughts and behaviors. [Multicenter Study Research Support, N.I.H., Extramural]. *J Pain*, 12(10), 1032-1039. doi: 10.1016/j.jpain.2011.03.004
- Wagenaar, B. H., Hagaman, A. K., Kaiser, B. N., McLean, K. E., & Kohrt, B. A. (2012). Depression, suicidal ideation, and associated factors: a cross-sectional study in rural Haiti. [Duplicate Publication Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *BMC Psychiatry*, 12, 149.
- Wang, R. H., Lai, H. J., Hsu, H. Y., & Hsu, M. T. (2011). Risk and protective factors for suicidal ideation among Taiwanese adolescents. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Nurs Res*, 60(6), 413-421. doi: 10.1097/NNR.0b013e3182337d83
- Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6(1), 14. doi: 10.1186/1753-2000-6-14
- Weiss, J. M. (1954). Suicide: an epidemiologic analysis. *Psychiatr Q*, 28(2), 225-252.
- Wharff, E. A., Ginnis, K. M., & Ross, A. M. (2012). Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: a pilot study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Soc Work*, 57(2), 133-143.
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Dev Psychol*, 42(3), 407-417. doi: 10.1037/0012-1649.42.3.407
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(5), 603-610. doi: 10.1097/00004583-200005000-00014
- Wichstrom, L. (2009). Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Arch Suicide Res*, 13(2), 105-122. doi: 10.1080/13811110902834992
- Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20(2), 103-108. doi: 10.1007/s00787-010-0156-y
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Am J Psychiatry*, 168(5), 495-501. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10050718
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *La terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wolff, J., Frazier, E. A., Esposito-Smythers, C., Burke, T., Sloan, E., & Spirito, A. (2013). Cognitive and social factors associated with NSSI and suicide attempts in psychiatrically

- hospitalized adolescents. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *J Abnorm Child Psychol*, 41(6), 1005-1013. doi: 10.1007/s10802-013-9743-y
- Young, R., Riordan, V., & Stark, C. (2011). Perinatal and psychosocial circumstances associated with risk of attempted suicide, non-suicidal self-injury and psychiatric service use. A longitudinal study of young people. *BMC Public Health*, 11, 875. doi: 10.1186/1471-2458-11-875
- Young, R., Sweeting, H., & Ellaway, A. (2011). Do schools differ in suicide risk? The influence of school and neighbourhood on attempted suicide, suicidal ideation and self-harm among secondary school pupils. *BMC Public Health*, 11, 874. doi: 10.1186/1471-2458-11-874
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlstrom, O., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 41(5), 759-773. doi: 10.1007/s10802-013-9712-5
- Zhang, P., Roberts, R. E., Liu, Z., Meng, X., Tang, J., Sun, L., & Yu, Y. (2012). Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: a school-based study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *PLoS One*, 7(2), e31044. doi: 10.1371/journal.pone.0031044

## **12. ANEXOS**

### **12.1. ESCALA DE PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS SUICIDAS**



## Ideación suicida

1.	¿Alguna vez has pensado en matarte?	0) no										O	
		1) sí										O	
2.	¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste estos pensamientos? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
3.	¿Cuántos años tenías la última vez? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
4.	¿Cuántas veces en tu vida has tenido este tipo de pensamientos? (Episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
5.	¿Cuántas veces en el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
6.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
7.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9											
8.	¿Cuándo fue la última vez? Fecha	Día	D	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			D'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
		Mes	M	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			M'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
		Año	A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			A'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			A''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
			A'''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
9.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿cuál era la intensidad de esos pensamientos?	0 1 2 3 4											

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

<b>10.</b>	Por término medio, en una escala de 0 a 4, ¿cómo de intensos fueron tus pensamientos?	0 1 2 3 4																																										
<b>11.</b>	Cuando tuviste ese tipo de pensamientos, ¿en qué método pensaste?	<table border="1"> <tr><td>1. Sobreingesta medicamentosa</td><td>O</td></tr> <tr><td>2. Drogas ilegales</td><td>O</td></tr> <tr><td>3. Medicación sin receta</td><td>O</td></tr> <tr><td>4. Veneno</td><td>O</td></tr> <tr><td>5. Armas de fuego</td><td>O</td></tr> <tr><td>6. Inmolación</td><td>O</td></tr> <tr><td>7. Ahorcamiento</td><td>O</td></tr> <tr><td>8. Objeto afilado</td><td>O</td></tr> <tr><td>9. Gas del tubo de escape</td><td>O</td></tr> <tr><td>10. Otros gases</td><td>O</td></tr> <tr><td>11. Tren/Coche</td><td>O</td></tr> <tr><td>12. Saltar desde un lugar alto</td><td>O</td></tr> <tr><td>13. Ahogarse</td><td>O</td></tr> <tr><td>14. Asfixia</td><td>O</td></tr> <tr><td>15. Otras drogas con receta</td><td>O</td></tr> <tr><td>16. Otro _____</td><td>O</td></tr> <tr><td>17. Varios Métodos</td><td>O</td></tr> <tr><td>88. No aplicable</td><td>O</td></tr> <tr><td>99. Desconocido</td><td>O</td></tr> </table>					1. Sobreingesta medicamentosa	O	2. Drogas ilegales	O	3. Medicación sin receta	O	4. Veneno	O	5. Armas de fuego	O	6. Inmolación	O	7. Ahorcamiento	O	8. Objeto afilado	O	9. Gas del tubo de escape	O	10. Otros gases	O	11. Tren/Coche	O	12. Saltar desde un lugar alto	O	13. Ahogarse	O	14. Asfixia	O	15. Otras drogas con receta	O	16. Otro _____	O	17. Varios Métodos	O	88. No aplicable	O	99. Desconocido	O
1. Sobreingesta medicamentosa	O																																											
2. Drogas ilegales	O																																											
3. Medicación sin receta	O																																											
4. Veneno	O																																											
5. Armas de fuego	O																																											
6. Inmolación	O																																											
7. Ahorcamiento	O																																											
8. Objeto afilado	O																																											
9. Gas del tubo de escape	O																																											
10. Otros gases	O																																											
11. Tren/Coche	O																																											
12. Saltar desde un lugar alto	O																																											
13. Ahogarse	O																																											
14. Asfixia	O																																											
15. Otras drogas con receta	O																																											
16. Otro _____	O																																											
17. Varios Métodos	O																																											
88. No aplicable	O																																											
99. Desconocido	O																																											
<b>12.</b>	¿Por qué crees que pensaste en matarte?																																											
<b>13.</b>	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida pensaste en matarte para deshacerte de los malos sentimientos?	0 1 2 3 4																																										
<b>14.</b>	¿En qué medida pensaste en suicidarte para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4																																										
<b>15.</b>	¿En qué medida pensaste en suicidarte para comunicarte con otra persona o conseguir su atención?	0 1 2 3 4																																										
<b>16.</b>	¿En qué medida pensaste en suicidarte para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4																																										

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

17.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a tener pensamientos de suicidio?	0 1 2 3 4																													
18.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4																													
19.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4																													
20.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4																													
21.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4																													
22.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4																													
23.	¿Durante qué porcentaje de tiempo (%) tomaste drogas o alcohol cuando tuviste este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
24.	Quando tuviste pensamientos de suicidio, ¿cuánto tiempo solían durar?	<table border="1"> <tr> <td>1. 0 segundos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>2. 1-60 segundos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>3. 2-15 minutos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>4. 16-60 minutos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>5. menos de un día</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>6. 1-2 días</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>7. más de dos días o</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>88. no aplicable</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>99. desconocido</td> <td>O</td> </tr> </table>										1. 0 segundos	O	2. 1-60 segundos	O	3. 2-15 minutos	O	4. 16-60 minutos	O	5. menos de un día	O	6. 1-2 días	O	7. más de dos días o	O	8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	O	88. no aplicable	O	99. desconocido	O
1. 0 segundos	O																														
2. 1-60 segundos	O																														
3. 2-15 minutos	O																														
4. 16-60 minutos	O																														
5. menos de un día	O																														
6. 1-2 días	O																														
7. más de dos días o	O																														
8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	O																														
88. no aplicable	O																														
99. desconocido	O																														
25.	Antes de que tuvieras este tipo de pensamientos, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían pensado en matarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
26.	Desde la primera vez que pensaste en suicidarte, ¿cuántos amigos tuyos han pensado en matarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

<b>27.</b>	Antes de que pensaras en el suicidio, ¿en qué medida el hecho de que tus amigos pensarán en matarse influyó en tus pensamientos de suicidio?	0 1 2 3 4
<b>28.</b>	Desde que empezaste a tener pensamientos de suicidio, ¿en qué medida el hecho de que tus amigos pensarán en matarse influyó en tus pensamientos de suicidio?	0 1 2 3 4
<b>29.</b>	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que tengas pensamientos de suicidio en el futuro?	0 1 2 3 4

0	1	2	3	4
<i>Bajo/Poco</i>			<i>Mucho/Severo</i>	

## Planes de suicidio

30.	¿Alguna vez has hecho un plan para suicidarte? pensado en matarte?	0) no	O
		1) sí	O
31.	¿Cuántos años tenías la primera vez que hiciste uno de estos planes? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
32.	¿Cuántos años tenías la última vez? (Edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
33.	¿Cuántas veces en tu vida has hecho este tipo de planes? (Episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
34.	¿Cuántas veces fueron en el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
35.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
36.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
37.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿hasta qué punto consideraste en serio llevar a cabo tu plan?	0 1 2 3 4	
38.	Por término medio, en una escala de 0 a 4, ¿hasta qué punto consideraste en serio llevar a cabo tu plan?	0 1 2 3 4	

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

39.	¿Qué método planeaste utilizar?	1. Sobreingesta medicamentosa	O
		2. Drogas ilegales	O
		3. Medicación sin receta	O
		4. Veneno	O
		5. Armas de fuego	O
		6. Inmolación	O
		7. Ahorcamiento	O
		8. Objeto afilado	O
		9. Gas del tubo de escape	O
		10. Otros gases	O
		11. Tren/Coche	O
		12. Saltar desde un lugar alto	O
		13. Ahogarse	O
		14. Asfixia	O
		15. Otras drogas con receta	O
		16. Otro _____	O
		17. Varios Métodos	O
		88. No aplicable	O
		99. Desconocido	O
40.	¿Por qué piensas que haces planes de suicidio?		
41.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de tus sentimientos negativos?	0 1 2 3 4	
42.	¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4	
43.	¿En qué medida lo hiciste para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4	
44.	¿En qué medida lo hiciste para evadir algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4	
45.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4	
46.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4	

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

47.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
48.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
49.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
50.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a hacer planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
51.	¿Durante cuánto tiempo (%) tomaste drogas o alcohol cuando planeaste suicidarte?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
52.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en el plan antes de decidir seguir adelante con tu vida o llevarlo a cabo?	1. 0 segundos 2. 1-60 segundos 3. 2-15 minutos 4. 16-60 minutos 5. menos de un día 6. 1-2 días 7. más de dos días o 8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas) 88. no aplicable 99. desconocido									
53.	Antes de que hicieras un plan de suicidio, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían hecho planes de suicidio?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
54.	Desde la primera vez que planeaste suicidarte, ¿cuántos amigos tuyos han hecho planes de suicidio?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
55.	Antes de que hicieras un plan de suicidio, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hicieran planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
56.	Desde la primera vez que planeaste suicidarte, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hayan hecho planes de suicidio?	0 1 2 3 4									
57.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que planees tu suicidio en el futuro?	0 1 2 3 4									

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		



## Gestos suicidas

58.	Alguna vez ha hecho algo para que alguien creyera que tú querías matarte cuando realmente no tenías intención de hacerlo?	0) no	O
		1) sí	O
<p>Sólo rellenar si <b>NO</b> ha habido intención suicida y solo querían que alguien <b>CREYESE</b> que querían intentar suicidarse.</p> <p><b>Llamaremos a este tipo de actos "gesto suicida".</b></p>			
59.	¿Cuántos años tenías la primera vez que hiciste algo así? ( <i>edad</i> )	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
60.	¿Cuántos años tenías la última vez que lo hiciste? ( <i>edad</i> )	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
61.	¿Cuántas veces en tu vida has hecho un gesto suicida?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
62.	¿Cuántos fueron el pasado año?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
63.	¿Cuántos fueron el pasado mes?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
64.	¿Cuántos fueron la semana pasada?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
65.	¿Qué hiciste?		
66.	¿Por qué crees que lo hiciste?		
67.	En una escala de 0 a 4, cuando hiciste un gesto suicida, ¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de tus sentimientos negativos?	<div>0 1 2 3 4</div>	
68.	¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	<div>0 1 2 3 4</div>	
69.	En qué medida lo hiciste para comunicarte con otra persona o conseguir su atención?	<div>0 1 2 3 4</div>	
70.	¿En qué medida lo hiciste para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	<div>0 1 2 3 4</div>	

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

71.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4									
72.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4									
73.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4									
74.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4									
75.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4									
76.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a hacer un gesto suicida?	0 1 2 3 4									
77.	¿Durante qué porcentaje de tiempo tomaste drogas o alcohol cuando hiciste un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
78.	Durante cuánto tiempo pensaste en hacer un gesto suicida antes de hacerlo?	1. 0 segundos 2. 1-60 segundos 3. 2-15 minutos 4. 16-60 minutos 5. menos de un día 6. 1-2 días 7. más de dos días o 8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas) 88. no aplicable 99. desconocido									
79.	Antes de que hicieras un gesto suicida, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían hecho un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
80.	Desde la primera vez que hiciste un gesto suicida, ¿cuántos amigos tuyos han hecho un gesto suicida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
81.	Antes de que hicieras un gesto suicida, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hubieran hecho un gesto suicida? (escala 0a4)	0 1 2 3 4									

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

<b>82.</b>	Desde la primea vez que hiciste un gesto suicida, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos hicieran un gesto suicida?	0	1	2	3	4
<b>83.</b>	En una escala de 0 a 4, ¿cuál crees que es la probabilidad de que vuelvas a hacer un gesto suicida en el futuro?	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
<i>Bajo/Poco</i>		<i>Mucho/Severo</i>		

## Intento de suicidio

84.	Has hecho alguna vez un intento de suicidio en el que tuvieras alguna intención de morir?	0) no	O
		1) sí	O
<b>Llamaremos a este tipo de actos "intentos de suicidio".</b>			
85.	Cuántos años tenías la primera vez que intentaste matarte?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
86.	¿Cuándo fue el intento más reciente?	Día D	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		D'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Mes M	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		M'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Año A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		A'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		A''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		A'''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
87.	¿Cuántos días han pasado desde entonces?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
	No aplicable	O	
	Desconocido	O	
88.	¿Cuántos intentos de suicidio has hecho en tu vida?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
89.	¿Cuántos intentos fueron el pasado año?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
90.	¿Cuántos intentos fueron en el pasado mes?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
91.	¿Cuántos intentos fueron la semana pasada?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

<b>92.</b>	Qué método utilizaste en tu último intento?	1. Sobreingesta medicamentosa	<input type="radio"/>
		2. Drogas ilegales	<input type="radio"/>
		3. Medicación sin receta	<input type="radio"/>
		4. Veneno	<input type="radio"/>
		5. Armas de fuego	<input type="radio"/>
		6. Inmolación	<input type="radio"/>
		7. Ahorcamiento	<input type="radio"/>
		8. Objeto afilado	<input type="radio"/>
		9. Gas del tubo de escape	<input type="radio"/>
		10. Otros gases	<input type="radio"/>
		11. Tren/Coche	<input type="radio"/>
		12. Saltar desde un lugar alto	<input type="radio"/>
		13. Ahogarse	<input type="radio"/>
		14. Asfixia	<input type="radio"/>
		15. Otras drogas con receta	<input type="radio"/>
		16. Otro _____	<input type="radio"/>
		17. Varios Métodos	<input type="radio"/>
		88. No aplicable	<input type="radio"/>
		99. Desconocido	<input type="radio"/>

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

93.	¿Cuáles fueron las circunstancias que contribuyeron a tu intento de suicidio más reciente? (máximo 2 opciones)	1. Pérdida de trabajo/estrés laboral/fracaso académico		O
		2. Discusiones con familiares o amigos		O
		3. Discusión con esposa o pareja		O
		4. Problemas financieros		O
		5. Desalojo, embargo		O
		6. Problemas de salud		O
		7. Muerte de otra persona		O
		8. Síntomas psiquiátricos		O
		9. Acontecimiento humillante		O
		10. Otro: _____		O
		11. Se niega a contestar		O
		88. no aplicable		O
99. desconocido		O		
94.	¿Qué clase de lesiones sufriste como consecuencia del intento?			
<b>En relación al intento de suicidio más letal:</b>				
95.	¿Cuándo ocurrió?	Día	D	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			D'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Mes	M	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			M'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Año	A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			A'	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			A''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			A'''	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
96.	¿Qué clase de lesiones sufriste como consecuencia del intento?			

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

97.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en el suicidio antes del intento?	<table border="1"> <tr> <td>1. 0 segundos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>2. 1-60 segundos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>3. 2-15 minutos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>4. 16-60 minutos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>5. menos de un día</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>6. 1-2 días</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>7. más de dos días o</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>88. no aplicable</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>99. desconocido</td> <td>O</td> </tr> </table>	1. 0 segundos	O	2. 1-60 segundos	O	3. 2-15 minutos	O	4. 16-60 minutos	O	5. menos de un día	O	6. 1-2 días	O	7. más de dos días o	O	8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	O	88. no aplicable	O	99. desconocido	O
1. 0 segundos	O																					
2. 1-60 segundos	O																					
3. 2-15 minutos	O																					
4. 16-60 minutos	O																					
5. menos de un día	O																					
6. 1-2 días	O																					
7. más de dos días o	O																					
8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	O																					
88. no aplicable	O																					
99. desconocido	O																					
98.	¿Por qué crees que intentaste suicidarte?																					
99.	En una escala de 0 a 4, cuando intentaste suicidarte, ¿en qué medida lo hiciste para deshacerte de tus sentimientos negativos?	0 1 2 3 4																				
100.	¿En qué medida lo hiciste para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4																				
101.	¿En qué medida lo hiciste para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4																				
102.	¿En qué medida lo hiciste para evadir algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4																				
103.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4																				
104.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4																				
105.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4																				
106.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4																				
107.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4																				
108.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4																				

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		



<b>109.</b>	En una escala de 0 a 4, ¿cuánto dolor estabas experimentando cuando hiciste el intento de suicidio?	0 1 2 3 4
<b>110.</b>	¿Durante qué porcentaje de tiempo estuviste tomando drogas o alcohol cuando intentaste suicidarte?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<b>111.</b>	Antes del primer intento de suicidio, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían intentado suicidarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<b>112.</b>	Desde que intentaste suicidarte por primera vez, ¿cuántos amigos tuyos han intentado suicidarse?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<b>113.</b>	Antes del primer intento de suicidio, ¿en qué medida el hecho de que alguno de tus amigos intentara suicidarte te influyó? (Escala 0 a 4).	0 1 2 3 4
<b>114.</b>	Desde que intentaste suicidarte por primera vez, ¿en qué medida el hecho de que alguno de tus amigos intentara suicidarte te influyó? (Escala 0 a 4).	0 1 2 3 4
<b>115.</b>	En una escala de 0 a 4, ¿cuál crees que es la probabilidad de que vuelvas a intentar suicidarte?	0 1 2 3 4

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

## Pensamientos relacionados con las autolesiones

116.	¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir? (p.e., cortarte o hacerte quemaduras)	0) no	O
		1) sí	O
<b>Llamaremos a este tipo de actos "autolesiones".</b>			
117.	¿Cuántos años tenías la primera vez que lo hiciste? (edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
118.	¿Cuántos años tenías la última vez? (edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
119.	¿Cuántas veces en tu vida has tenido este tipo de pensamientos? (episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
120.	¿Cuántas veces en el pasado año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
121.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
122.	¿Cuántas veces en la semana pasada?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
123.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿qué intensidad tenían tus pensamientos de hacerte daño?	0 1 2 3 4	
124.	Por término medio, ¿qué intensidad tenían estos pensamientos?	0 1 2 3 4	
125.	¿Por qué crees que tienes este tipo de pensamientos?		
126.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida tenías estos pensamientos para deshacerte de sentimientos negativos?	0 1 2 3 4	
127.	¿En qué medida los tenías para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4	
128.	¿En qué medida los tenías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4	

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

129.	¿En qué medida tenías estos pensamientos para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	0 1 2 3 4																													
130.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4																													
131.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4																													
132.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4																													
133.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4																													
134.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4																													
135.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a tener estos pensamientos?	0 1 2 3 4																													
136.	Quando tuviste estos pensamientos, ¿durante qué porcentaje del tiempo estuviste tomando drogas o alcohol?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
137.	Quando tuviste estos pensamientos, ¿cuánto tiempo solían durar?	<table border="1"> <tr> <td>1. 0 segundos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>2. 1-60 segundos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>3. 2-15 minutos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>4. 16-60 minutos</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>5. menos de un día</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>6. 1-2 días</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>7. más de dos días o</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>88. no aplicable</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>99. desconocido</td> <td>O</td> </tr> </table>										1. 0 segundos	O	2. 1-60 segundos	O	3. 2-15 minutos	O	4. 16-60 minutos	O	5. menos de un día	O	6. 1-2 días	O	7. más de dos días o	O	8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	O	88. no aplicable	O	99. desconocido	O
1. 0 segundos	O																														
2. 1-60 segundos	O																														
3. 2-15 minutos	O																														
4. 16-60 minutos	O																														
5. menos de un día	O																														
6. 1-2 días	O																														
7. más de dos días o	O																														
8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	O																														
88. no aplicable	O																														
99. desconocido	O																														
138.	Antes de que pensaras en hacerte daño por primera vez, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían tenido este tipo de pensamientos?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
139.	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿cuántos de tus amigos han pensado en hacerse daño?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9																													

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

<b>140.</b>	Antes de que tuvieras estos pensamientos, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño? (Escala de 0 a 4).	0	1	2	3	4
<b>141.</b>	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿en qué medida influyó el ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño?	0	1	2	3	4
<b>142.</b>	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que tengas este tipo de pensamientos en el futuro?	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

## Autolesiones

143.	¿Alguna vez te has autolesionado?	0) no	O
		1) sí	O
144.	¿Cuántos años tenías la primera vez? (edad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
145.	¿Cuántos años tenías la última vez?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
146.	¿Cuántas veces en tu vida te has autolesionado? (Episodios separados)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
147.	¿Cuántas veces en el último año?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
148.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
149.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
150.	Ahora te voy a decir una serie de métodos que la gente utiliza para hacerse daño. Dime, ¿cuáles de estos métodos has utilizado? (Escoge 5 de los métodos que aparecen a continuación)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	1. Hacerte cortes 2. Golpear a propósito 3. Arrancarte el pelo 4. Hacerte un tatuaje a ti mismo 5. Hurgar en una herida 6. Quemarte la piel (ej. con un cigarro, cerilla u otro objeto caliente) 7. Insertar objetos bajo las uñas o bajo la piel 8. Morderte (ej. Morderte los labios) 9. Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto de hacerte sangre 10. Hacerte arañazos 11. Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangre.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

	12. Otro (especificar): _____ 88. No aplicable 99. Desconocido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>151.</b>	¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?	0) no	O									
		1) sí	O									
		88) no aplicable	O									
		99) desconocido	O									
<b>152.</b>	¿Por qué crees que te haces daño?											
<b>153.</b>	En una escala de 0 a 4, cuando te hacías daño, ¿en qué medida lo hacías para deshacerte de los malos sentimientos?	0 1 2 3 4										
<b>154.</b>	¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0 1 2 3 4										
<b>155.</b>	¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0 1 2 3 4										
<b>156.</b>	¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?	0 1 2 3 4										
<b>157.</b>	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4										
<b>158.</b>	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4										
<b>159.</b>	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4										
<b>160.</b>	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4										
<b>161.</b>	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a autolesionarte?	0 1 2 3 4										
<b>162.</b>	¿En qué medida tu estado mental te llevó a autolesionarte?	0 1 2 3 4										
<b>163.</b>	¿Durante cuánto tiempo (en %) estuviste tomando drogas o alcohol cuando te autolesionaste?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		

<b>164.</b>	¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo?	1. 0 segundos	O
		2. 1-60 segundos	O
		3. 2-15 minutos	O
		4. 16-60 minutos	O
		5. menos de un día	O
		6. 1-2 días	O
		7. más de dos días o	O
		8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	O
		88. no aplicable	O
		99. desconocido	O
<b>165.</b>	Antes de autolesionarte, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, se autolesionaron?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
<b>166.</b>	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div> <div>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</div>	
<b>167.</b>	Antes de autolesionarte, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4	
<b>168.</b>	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	0 1 2 3 4	
<b>169.</b>	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?	0 1 2 3 4	

0	1	2	3	4
Bajo/Poco		Mucho/Severo		



## **12.2. PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS**

**DATOS DEMOGRÁFICOS****RELLENE AL MENOS UN CÍRCULO CON SU RESPUESTA EN CADA PREGUNTA****1. Persona que rellena el cuestionario (elegir una opción)**

- ☐ Ambos padres
- ☐ Madre
- ☐ Padre
- ☐ Abuelo/a
- ☐ Otra persona (indicar): \_\_\_\_\_

**2. Sexo del paciente (elegir una opción):**

- ☐ Mujer
- ☐ Varón

**3. País de nacimiento**

- ☐ España
- ☐ Hispanoamérica
- ☐ Magreb
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**4. Años viviendo en España (ej: 05) (AA') \_\_\_\_\_**A ☐ 0<sup>0</sup> ☐ 0<sup>1</sup> ☐ 0<sup>2</sup> ☐ 0<sup>3</sup> ☐ 0<sup>4</sup> ☐ 0<sup>5</sup> ☐ 0<sup>6</sup> ☐ 0<sup>7</sup> ☐ 0<sup>8</sup> ☐ 0<sup>9</sup>A' ☐ 0<sup>0</sup> ☐ 0<sup>1</sup> ☐ 0<sup>2</sup> ☐ 0<sup>3</sup> ☐ 0<sup>4</sup> ☐ 0<sup>5</sup> ☐ 0<sup>6</sup> ☐ 0<sup>7</sup> ☐ 0<sup>8</sup> ☐ 0<sup>9</sup>**5. Etnia (elegir una o dos opciones)**

- ☐ Caucásica / blanca
- ☐ Gitana
- ☐ Negra
- ☐ Asiática
- ☐ Otra (mulato, magrebí) \_\_\_\_\_

**6. Hijo/a adoptado**

- ☐ Sí
- ☐ No

**7. Idioma hablado en casa**

- ☐ Español
- ☐ Otro (indicar cual): \_\_\_\_\_

**8. Tipo de convivencia**

- ☐ Familia de origen
- ☐ Familiares
- ☐ Institución
- ☐ Casa compartida (no familia)
- ☐ Otro tipo de convivencia: \_\_\_\_\_

**9. Número de personas que conviven**0<sup>0</sup> 0<sup>1</sup> 0<sup>2</sup> 0<sup>3</sup> 0<sup>4</sup> 0<sup>5</sup> 0<sup>6</sup> 0<sup>7</sup> 0<sup>8</sup> 0<sup>9</sup>**10. Convive con hermanos (marque todas las que correspondan)**

- ☐ Convive con hermanos biológicos
- ☐ Convive con hermanastros
- ☐ No convive con hermanos biológicos ni hermanastros

**11. Posición que ocupa entre los hermanos (elegir una o dos opciones)**

- ☐ Hijo/a único/a
- ☐ Hermano/a mayor
- ☐ Segundo/a
- ☐ Tercero/a
- ☐ Cuarto/a
- ☐ Gemelos idénticos
- ☐ Gemelos no idénticos
- ☐ Indicar cual: \_\_\_\_\_

**12. RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE (marque todas las que se apliquen)**

- ☐ Madre biológica
- ☐ Padre biológico
- ☐ Padres adoptivos
- ☐ Padrastra/madrastra
- ☐ Familiar
- ☐ Menor emancipado
- ☐ Institución

**13. ESTUDIOS ACADÉMICOS DE LOS PADRES O RESPONSABLE LEGAL**

MADRE	PADRE	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No finalizó estudios básicos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enseñanza básica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enseñanza secundaria/ Formación Profesional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Estudios universitarios

**14. NIVEL DE EDUCACIÓN (AÑOS DE ESTUDIOS)**

MADRE	A	O <sup>0</sup> O <sup>1</sup> O <sup>2</sup> O <sup>3</sup> O <sup>4</sup> O <sup>5</sup> O <sup>6</sup> O <sup>7</sup> O <sup>8</sup> O <sup>9</sup>
	A'	O <sup>0</sup> O <sup>1</sup> O <sup>2</sup> O <sup>3</sup> O <sup>4</sup> O <sup>5</sup> O <sup>6</sup> O <sup>7</sup> O <sup>8</sup> O <sup>9</sup>
PADRE	B	O <sup>0</sup> O <sup>1</sup> O <sup>2</sup> O <sup>3</sup> O <sup>4</sup> O <sup>5</sup> O <sup>6</sup> O <sup>7</sup> O <sup>8</sup> O <sup>9</sup>
	B'	O <sup>0</sup> O <sup>1</sup> O <sup>2</sup> O <sup>3</sup> O <sup>4</sup> O <sup>5</sup> O <sup>6</sup> O <sup>7</sup> O <sup>8</sup> O <sup>9</sup>

Madre (AA'): \_\_\_\_\_

Padre (BB'): \_\_\_\_\_

**15. SITUACIÓN LABORAL DE LOS PADRES (O RESPONSABLE LEGAL)**

MADRE	PADRE	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Paro sin subsidio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Paro con subsidio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Invalidez permanente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Incapacidad temporal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Activo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jubilado

**16. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA AL MES**

- ☐ < de 500 €
- ☐ Entre 500 y 1500 €
- ☐ Entre 1500 y 2000 €
- ☐ Entre 2000 € y 2500 €
- ☐ Más de 2500 €
- ☐ No sabe/no contesta

## ANTECEDENTES MÉDICOS Y PSIQUIÁTRICOS

**RELLENE AL MENOS UN CÍRCULO CON SU RESPUESTA EN CADA PREGUNTA**

PERÍODO PRENATAL

<b>1</b>			<b>ALTERACIONES MÉDICAS DURANTE EMBARAZO: (rellene SÍ/NO en todas)</b>
NO	SI	NS	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SANGRADO VAGINAL EN EL EMBARAZO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (preeclampsia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SÍFILIS
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SARAMPIÓN
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	INCOMPATIBILIDAD RH
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	INMUNIDAD A TOXOPLASMA ANTES DE EMBARAZO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIABETES GESTACIONAL
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ROTURA DE AGUAS ANTES DEL PARTO (+ DE 24 H)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DEPRESIÓN
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ESTRÉS SEVERO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONVIVENCIA CON ANIMALES DOMÉSTICOS. TIPO DE ANIMAL: _____

PERÍODO PERINATAL

**2 PARTO: (rellene TODAS según correspondan)**

<b>EDAD GESTACIONAL:</b>	<input type="radio"/>	MENOS DE 37 SEMANAS
	<input type="radio"/>	ENTRE 37 SEMANAS – 42 SEMANAS
	<input type="radio"/>	MÁS DE 42 SEMANAS

			<input type="radio"/>	MENOS DE 3 HORAS
			<input type="radio"/>	ENTRE 3 HORAS - 36 HORAS
			<input type="radio"/>	MÁS DE 36 HORAS
NO	SI			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PARTO MÚLTIPLE		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CESÁREA DE URGENCIA		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	USO DE FÓRCEPS		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PRESENTACIÓN ANORMAL		

PERÍODO POSTNATAL

**3 TRAS EL PARTO: (rellene TODAS según correspondan)**

PESO: MENOR DE 2000 gr	<input type="radio"/>	NO
	<input type="radio"/>	SÍ
	<input type="radio"/>	LO DESCONOCEN
PERMANECÍO EN INCUBADORA MÁS DE 4 SEMANAS	<input type="radio"/>	NO
	<input type="radio"/>	SÍ
	<input type="radio"/>	LO DESCONOCEN
ANOMALÍA FÍSICA IMPORTANTE	<input type="radio"/>	NO
	<input type="radio"/>	SÍ
	<input type="radio"/>	LO DESCONOCEN

## DESARROLLO EVOLUTIVO

**4 DESARROLLO DEL HABLA (INDIQUE LAS QUE CORRESPONDAN):**

<input type="radio"/>	NO HABLA, SOLO BALBUCEA
<input type="radio"/>	ANTES DE LOS 2 AÑOS
<input type="radio"/>	ENTRE LOS 2 Y LOS 3 AÑOS
<input type="radio"/>	A PARTIR DE LOS 3 AÑOS
<input type="radio"/>	HA NECESITADO LOGOPEDA Y/O ESTIMULACIÓN TEMPRANA

**5 DESARROLLO DE LA MARCHA (INDIQUE LAS QUE CORRESPONDAN)**

<input type="radio"/>	ANTES DEL AÑO
<input type="radio"/>	ENTRE LOS 12-24 MESES DE EDAD
<input type="radio"/>	A PARTIR DE LOS 2 AÑOS
<input type="radio"/>	HA NECESITADO TERAPIA DE PSICOMOTRICIDAD Y/O ESTIMULACIÓN TEMPRANA

**6 CONTROL DEL PIS:**

<input type="radio"/>	NO CONTROLA PIS
<input type="radio"/>	ANTES DE LOS 6 AÑOS
<input type="radio"/>	DESPUÉS DE LOS 6 AÑOS

**7 CONTROL DE LA CACA:**

<input type="radio"/>	NO CONTROLA LA CACA
<input type="radio"/>	ANTES DE LOS 5 AÑOS
<input type="radio"/>	DESPUÉS DE LOS 5 AÑOS

ANTECEDENTES SOMÁTICOS

8

NO	SI
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿PADECE ENFERMEDADES MÉDICAS?

9

NO	SI
----	----

ENFERMEDADES MÉDICAS (rellene todas las enfermedades con SÍ/NO)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EPILEPSIA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ASMA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIABETES
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PROBLEMAS CARDIACOS
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PROBLEMAS RENALES
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PROBLEMAS GASTROINTESTINALES
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PROBLEMAS PULMONARES
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PROBLEMAS DE TIROIDES
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OTROS (INDICAR): _____

10

¿TOMA TRATAMIENTO MÉDICO ACTUALMENTE?

<input type="radio"/>	NO
<input type="radio"/>	SÍ. INDICAR CÚAL: _____
<input type="radio"/>	LO DESCONOCEN

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

11

NO	SI	NS (lo desconocen)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿DIAGNOSTICADO DE TRASTORNO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO ANTES DE ACUDIR A NUESTRO CENTRO?



12		INDICAR DIAGNÓSTICO PREVIO (rellene todas las opciones con SI/NO)	13		¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO (antes de acudir a nuestro centro)
NO	SI				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	NO LO CONOCEN/NO LO RECUERDAN	<input type="radio"/>		NO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD	<input type="radio"/>		SÍ, SOLO PSICOLÓGICO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE	<input type="radio"/>		SÍ, SÓLO FARMACOLÓGICO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRASTORNO DE CONDUCTA	<input type="radio"/>		SÍ, TANTO PSICOLÓGICO COMO FARMACOLÓGICO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRASTORNO DEPRESIVO	<input type="radio"/>		LO DESCONOCEN
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRASTORNO BIPOLAR			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRASTORNO DE ANSIEDAD	14 INGRESO PSIQUIÁTRICO PREVIO:		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA	<input type="radio"/>		NO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRASTORNO DEL APRENDIZAJE	<input type="radio"/>		SÍ, UN INGRESO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO	<input type="radio"/>		SÍ, DOS O MÁS INGRESOS PREVIOS
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TICS	<input type="radio"/>		LO DESCONOCEN
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ESQUIZOFRENIA/PSICOSIS			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CONSUMO DE ALCOHOL/DROGRAS			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OTROS (INDICAR): _____			

15		CONSUMO PREVIO DE SUSTANCIAS TÓXICAS (indicar TODAS las opciones con SÍ/NO)	16		INTENTO DE SUICIDIO PREVIO DEL PACIENTE
NO	SÍ				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ALCOHOL	<input type="radio"/>		NO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PORROS	<input type="radio"/>		SÍ, UN INTENTO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	COCAÍNA	<input type="radio"/>		SÍ, DOS O MÁS INTENTOS
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ALUCINÓGENOS	<input type="radio"/>		LO DESCONOCEN
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ÉXTASIS			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OTROS: (INDICAR CUÁLES): _____			

**17 ANTECEDENTES EN FAMILIARES BIOLÓGICOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (rellene TODAS las opciones con SÍ/NO):**

	MADRE		PADRE		HERMANOS	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI
DEPRESIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANSIEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESQUIZOFRENIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRASTORNO BIPOLAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALCOHOLISMO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DROGAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONDUCTA SUICIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OTROS: (indicar cual): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ANTECEDENTES ESCOLARES**

1 NIVEL DE ESTUDIOS	CURSO					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º
INFANTIL	O	O	O			
PRIMARIA	O	O	O	O	O	O
ESO	O	O	O	O		
BACHILLER	O	O				
FORMACIÓN PROFESIONAL	O	O	O	O		
NO ESCOLARIZADO	O					

**2 ¿HA REPETIDO CURSO?**

SÍ	<input type="radio"/>	UNA VEZ	<input type="radio"/>
		2 O MÁS VECES	<input type="radio"/>
NO	<input type="radio"/>		
NS/NC	<input type="radio"/>		

**3 ¿HA SIDO VALORADO POR EL EQUIPO DE ORIENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICO EN EL CENTRO ESCOLAR?**

SÍ	<input type="radio"/>
NO	<input type="radio"/>
NS/NC	<input type="radio"/>

**4 ¿RECIBE APOYO ESCOLAR EN EL CENTRO POR DIFICULTADES DE APRENDIZAJE?**

SÍ	<input type="radio"/>
NO	<input type="radio"/>
NS/NC	<input type="radio"/>

**5 ¿RECIBE EDUCACIÓN ESPECIAL?**

SÍ	<input type="radio"/>
NO	<input type="radio"/>
NS/NC	<input type="radio"/>

**6 ¿TIENE ADAPTACIÓN CURRICULAR?**

SÍ	<input type="radio"/>
NO	<input type="radio"/>
NS/NC	<input type="radio"/>

**7 ¿ACUDE A PROGRAMA DE ALTAS CAPACIDADES DE LA COMUNIDAD DE MADRID?**

SÍ	<input type="radio"/>
NO	<input type="radio"/>
NS/NC	<input type="radio"/>

**8 ¿ACUDE A ACADEMIA EN HORARIO EXTRAESCOLAR O TIENE PROFESOR PARTICULAR?**

SÍ	<input type="radio"/>
NO	<input type="radio"/>
NS/NC	<input type="radio"/>

### **12.3. PUBLICACIONES Y TRABAJOS**

Díaz de Neira, M. *Estudio sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la ideación y las conductas autolesivas, tanto suicidas como no suicidas, en la adolescencia*. Mesa redonda: Conducta autolesiva suicida y no suicida en adolescentes evaluados en medios clínicos: ¿una realidad emergente? 58º Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. AEPNYA. Celebrado en Granada del 16 al 18 de mayo de 2013.

Díaz de Neira, M. *Estudi sobre la prevalència i els factors de risc de la ideació suïcida i les conductes autolesives en l'adolescència*. Taula Rodona 1. Epidemiologia i clínica de la conducta autolesiva i autolítica. 9ª Reunió anual Societat Catalana de Psiquiatria Infàntil-Juvenil. Celebrado en Barcelona el 18 de octubre de 2013.

Díaz de Neira M, García-Nieto R, de León-Martínez V, Pérez Fominaya M, Baca-García E, Carballo JJ. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Aceptado el 13 de septiembre de 2013.

